Université Montpellier-I

Faculté de médecine

Quelles étiologies

pour les troubles de langage oral et écrit ?

Enquête sur 185 enfants en cours de rééducation orthophonique pour troubles de langage oral et écrit à Montpellier

Mémoire présenté en vue de l'obtention

du certificat de capacité d'orthophoniste

par Claire Jorrand-Faure

Septembre 2005

Soutenance le 30 septembre 2005

Présidente du jury : madame Claire Cadilhac, orthophoniste

Assesseurs : mesdames Jacqueline Bessuges et Catherine Sant, orthophonistes

Mémoire réalisé sous la direction de madame Jacqueline Bessuges

Merci à tous les orthophonistes qui m'ont reçue

et ont patiemment répondu au questionnaire d'enquête.

« S'il y a refus, il y a sujet.

Le premier signe de la subjectivité humaine est cette capacité de dire non, par le cri.

Le sujet, c'est-à-dire celui qui est capable de dire non, est là dès le départ. »

(Gérard Pommier, dialogue avec Michel Imbert,
propos recueillis par Jean-Jacques Perrier,
« Les neurosciences démontrent-elles la psychanalyse ? »,
in *Vivant*, no 7, décembre 2004.)

Sommaire

Introduction 6

A. Réflexions 7

I. Les risques de la pensée unique 7

1. La diffusion des recherches neurologiques et génétiques 7

2. L'impossible définition des troubles 11

3. Les bénéfices de l'aveuglement 14

II. Les autres thèses étiologiques 19

1. Des responsabilités sociales 19

2. Des responsabilités pédagogiques 26

3. Des responsabilités familiales 31

a. Le langage, émergence d'un sujet autonome 32

b. Des symptômes pour le dire 36

c. Attitudes parentales à risques 39

III. Et l'orthophoniste ? 49

B. Enquête 54

I. Méthodologie 54

1. Population 54

2. Questionnaire 55

3. Recueil et préparation des données 56

II. Résultats 58

III. Analyse 59

1. Analyse détaillée des résultats 59

a. L'enfant 59

b. Sa famille **68**

c. Sa situation sociale **77**

2. Synthèse **86**

IV. Discussion **91**

Conclusion **93**

Annexes **94**

Questionnaire d'enquête **94**

Résultats **95**

Bibliographie **149**

Introduction

Un enfant arrive chez l'orthophoniste pour un bilan. Il a quatre ans et parle encore très mal ; il a sept ans et n'a pas encore appris à lire. Comment expliquer ses difficultés ?

Chaque enfant est différent : patrimoine génétique, événements familiaux, environnement social, expérience pédagogique, se conjuguent sans doute dans le développement des capacités langagières et communicatives de chacun. Ainsi, dans tous les domaines de la recherche, des voix s'élèvent aujourd'hui pour tenter d'apporter une pierre à l'édifice étiologique des troubles de langage oral et écrit.

Neurologues et généticiens tentent de cerner les différences cérébrales et les gènes caractéristiques des individus atteints de pathologies du langage. Sociologues et politiques se penchent sur les inégalités sociales à l'origine de la pauvreté langagière et de l'illettrisme. Psychologues et pédagogues s'interrogent sur les meilleures façons de s'adresser aux élèves et d'enseigner la langue. Psychiatres et psychanalystes s'intéressent aux interactions précoces et aux attitudes éducatives parentales sources de souffrances puis de symptômes de langage.

Cette étude examinera plus particulièrement ces trois derniers domaines. Dans quelle mesure l'environnement de l'enfant peut-il être un facteur de difficultés de langage ? Les premières interactions, les choix éducatifs, les méthodes scolaires, l'insertion de la famille dans la société, notamment, ont-ils une influence sur la qualité du développement du langage ?

A. Réflexions

Pourquoi la thèse d'une étiologie organique des troubles de langage oral et écrit est-elle aujourd'hui si aisément généralisée par les relais d'opinion et les diffuseurs d'information ? D'autres causes, environnementales, pourraient-elles expliquer ces difficultés persistantes d'apprentissage ?

I. Les risques de la pensée unique

1. La diffusion des recherches neurologiques et génétiques

Ouvrons un moteur de recherche sur Internet et introduisons les mots clés « dyslexie+étiologie » ou « dysphasie+étiologie ».

Les sites trouvés sont ceux des associations de parents d'enfants présentant des troubles de langage oral et écrit, ceux des chercheurs en neuropsychologie, ceux des centres de rééducation[1]… La dysphasie et la dyslexie sont sur tous ces sites qualifiées de « maladies neurologiques liées à une atteinte des régions et connexions du cerveau qui impliquent le langage », de « troubles structurels, innés et durables ». Quelques nuances sont apportées : « On ne sait pas réellement ce que sont la dysphasie et la dyslexie » ; « L'origine est actuellement à l'état d'hypothèses » ; « Personne ne connaît la cause ou les lésions éventuelles ». Souvent, une synthèse des travaux des chercheurs est proposée. Mais aucune autre thèse étiologique, non médicale, n'est jamais évoquée.

Ces informations, très largement diffusées dans le grand public, notamment dans la population des parents d'enfants d'âge scolaire ou des enseignants, tendent donc à répandre une vision purement organiciste des troubles de langage oral et écrit.

Qu'en est-il donc véritablement de l'avancée des recherches en neurologie et en génétique ?

1 Quelques adresses de sites dont des citations émaillent la suite de cette étude : www.coridys.asso.fr, www.apedys.com, www.avenir-dysphasie.asso.fr, www.aqeta.qc.ca, www.dysphasie.ch, www.dysphasie.be…

Il ne sera pas question ici des particularités anatomiques et fonctionnelles qui ont fait l'objet de ces études, mais bien de l'esprit dans lequel elles ont été et sont aujourd'hui menées. Reprenons-en tout de même les principaux axes. Les neurologues s'appuient prioritairement sur les correspondances anatomiques des fonctions du langage, précisées peu à peu depuis Broca et Wernicke par l'observation des patients cérébrolésés, et tentent de les appliquer aux troubles qualifiés de développementaux du langage oral et écrit. Il s'agit donc pour eux de repérer (par scanner, imagerie par résonance magnétique, IRM fonctionnelle, potentiels évoqués, encéphalographie…) les différences anatomiques ou de fonctionnement du cerveau d'un sujet dyslexique ou dysphasique. De très nombreuses études ont été réalisées[2].

Les généticiens, pour leur part, procèdent à des études de familles et de jumeaux, à la recherche des gènes impliqués[3]. Les recherches en cours actuellement sont notamment le fait de l'institut Pasteur[4], du Wellcome Trust Centre for Human Genetics[5] (Grande-Bretagne) et de l'université de Yale[6] (États-Unis).

Il s'avère, en dépit des conclusions positives et généralisatrices de la littérature de vulgarisation scientifique[7], que les chercheurs eux-mêmes ne parlent que d'hypothèses et ne concluent toujours qu'au conditionnel, bien qu'ils soient parfois conduits à manquer de

2 Pour une synthèse de ces études, voir Michel Habib, *Dyslexie : le cerveau singulier*, Solal, coll. « Neuropsychologie », 1997 ; Michel Habib, « Bases neurologiques des troubles spécifiques d'apprentissage », in *Réadaptation*, no 486, pp. 16-28, janvier 2002 ; Sonia Krifi, *État de la recherche sur la dyslexie*, site Apédys (www.apedys.org/dyslexie/article.php?sid=32), décembre 2004.

3 Pour une synthèse de ces études, voir Elena L. Grigorenko, « Genetic bases of developmental dyslexia : a capsule review of heritability estimates », in *Enfance*, no 3, pp. 273-288, 2004 ; Franck Ramus, « Aux origines cognitives, neurobiologiques et génétiques de la dyslexie », in *Actes des journées de l'Observatoire national de la lecture*, 2005 ; Myrna Gopnik, *The Inheritance and Innateness of Grammars,* Oxford University Press, 1997 ; Fiona Cowie, « Les avatars du gène de la grammaire », in *La Recherche*, no 311, p. 64, juillet-août 1998.

4 Voir www.pasteur.fr/recherche/RAR/RAR2004/Ghfc.html.

5 Voir www.well.ox.ac.uk.

6 Voir www.sciencenews.org/articles/20030830/fob1.asp.

7 Voir notamment Franck Ramus, « De l'origine biologique de la dyslexie », in *Psychologie et éducation*, no 60, pp. 81-96, 2005 ; Laurence Valvre-Douret, Anne Tursz (dir.), « Les troubles d'apprentissage chez l'enfant : un problème de santé publique ? », in *Actualité et dossier en santé publique*, no 26, pp. 23-66, mars 1999. Voir aussi le livret d'information sur la dyslexie réalisé par l'Institut d'orthophonie de Lille et diffusé par la Fédération nationale des orthophonistes (FNO).

nuance lors de débats contradictoires face aux tenants d'autres théories étiologiques : « On naît dyslexique et on le reste toute sa vie[8]. »

Ces travaux n'ont pas manqué de susciter de nombreuses réactions et critiques, y compris entre les différentes équipes de recherche. Des failles méthodologiques sont relevées[9], notamment des défauts de recrutement de population[10] ou le fait de confondre corrélation (entre troubles de langage et caractéristiques cérébrales) et relation de cause à effet[11]. Le petit nombre de sujets pris en compte dans les différentes études est considéré comme invalidant leurs conclusions[12]. En outre, la plupart des études sont effectuées sur des adultes, dont la maturation neurologique des zones du langage est différente de celle de l'enfant[13]. En ce qui concerne les études fonctionnelles (les zones activées lors de tâches de langage oral ou de lecture diffèrent chez les sujets normaux et chez les sujets « pathologiques »), c'est le sens de la relation de cause à effet qui est mis en doute[14] : on peut affirmer que c'est la difficulté à parler ou à lire qui implique ces différences, et non le contraire. Par ailleurs, les conclusions

8 Michel Habib, cité par Guy Trigalot, « Dyslexie : trouble spécifique du langage écrit ou difficulté persistante des apprentissages ? », site Daniel Calin (daniel.calin.free.fr/publications/dyslexie_trouble_ou_difficulte.html), mai 2004.

9 Voir Monique Plaza, « Dyslexies de développement : perspective clinique, investigations expérimentales », in *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant* (*ANAE*), nos 62-63, 2001.

10 Voir Sonia Krifi, *État de la recherche sur la dyslexie*, site Apédys (www.apedys.org/dyslexie/article.php?sid=32), décembre 2004.

11 Voir Jean-Paul Martinez, Jean-Marie Honorez, « Dyslexie, vous avez dit encore dyslexie ? », in *La Feuille orthopédagogique*, Montréal, vol. 2, no 3, p. 1, mai-juin 2001.

12 Jacques Fijalkow, *Mauvais lecteurs, pourquoi ?*, PUF, 1986 ; Colette Chiland, « De la complexité des difficultés de la lecture », in *Handicap et inadaptation*, no 41, pp. 145-147, 1988 ; « Le refus de l'école, un aspect transculturel », in *L'Échec scolaire en France*, PUF, pp. 239-251, 1990 ; cités par Jean-Paul Martinez, Jean-Marie Honorez, « Dyslexie, vous avez dit encore dyslexie ? », in *La Feuille orthopédagogique*, Montréal, vol. 2, no 3, p. 1, mai-juin 2001.

13 Voir Michel Habib, « Bases neurologiques des troubles spécifiques d'apprentissage », in *Réadaptation*, no 486, pp. 16-28, janvier 2002.

14 Agnès Florin (Laboratoire de psychologie, éducation, cognition, développement, université de Nantes), citée par Guy Trigalot, « Dyslexie : trouble spécifique du langage écrit ou difficulté persistante des apprentissages ? », site Daniel Calin (daniel.calin.free.fr/publications/dyslexie_trouble_ou_difficulte.html), mai 2004. Voir aussi François Le Huche, « L'enfant est l'acteur principal de ses déviances », in *Orthomagazine*, no 38, janvier-février 2002, pp. 32-33 ; Monique Plaza, « Dyslexies », in *Psychologie et éducation*, no 47, décembre 2001.

des différentes équipes se contredisent parfois concernant certaines régions ou fonctions cérébrales, ou ne sont pas répliquables[15].

Notons la constatation du rapport de l'ANAES : « À l'issue de la recherche documentaire, 247 articles ont été sélectionnés. L'analyse de ces articles a montré qu'il s'agissait le plus souvent soit d'opinions d'auteurs, soit de petites séries de cas, soit de suivis de cohortes, ne permettant pas d'identifier des preuves scientifiques recherchées par le groupe de travail[16]. »

Quant aux recherches des neuropsychologues (concernant notamment le déficit phonologique des enfants dyslexiques), elles tentent d'analyser des dysfonctionnements cognitifs et ne tendent donc pas vers une hypothèse étiologique des troubles. Elles sont pourtant souvent présentées[17] dans la continuité des recherches neurologiques et génétiques, provoquant par là une confusion dans l'esprit du lecteur entre cause organique (structurelle) et cause instrumentale (fonctionnelle), cette dernière ne constituant pas un facteur originel.

Michel Habib lui-même, neurologue au CHU de Marseille et grand prosélyte de la cause organiciste, écrit : « […] il faut préciser que ces particularités n'ont pas valeur de preuve ni même d'une orientation diagnostique, qui permettrait par exemple de les utiliser pour affirmer la dyslexie sur l'IRM du cerveau d'un enfant. On est encore bien loin d'une telle précision, d'autant que nombre de dyslexiques ne présentent pas ces particularités et que certaines d'entre elles se retrouvent parfois sur des cerveaux de non-dyslexiques. […] aucune [des anomalies] décrites au niveau du cerveau ne peut expliquer directement les troubles constatés en clinique. Force est dès lors d'admettre que, aussi consensuelles soient-elles, ces anomalies ou particularités du cerveau ne peuvent être considérées comme un facteur causal du trouble

15 Voir notamment Sonia Krifi, *État de la recherche sur la dyslexie*, site Apédys (www.apedys.org/dyslexie/article.php?sid=32), décembre 2004 ; Michel Habib, « Bases neurologiques des troubles spécifiques d'apprentissage », in *Réadaptation*, no 486, pp. 16-28, janvier 2002.

16 Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), *Indications de l'orthophonie dans les troubles du langage écrit chez l'enfant*, septembre 1997.

17 Voir notamment Sonia Krifi, *État de la recherche sur la dyslexie*, site Apédys (www.apedys.org/dyslexie/article.php?sid=32), décembre 2004 ; Michel Habib, « Bases neurologiques des troubles spécifiques d'apprentissage », in *Réadaptation*, no 486, pp. 16-28, janvier 2002.

d'apprentissage […][18]. » De son côté, Christophe-Loïc Gérard, médecin spécialiste de la dysphasie, affirme : « Il est bien vrai que nous ne pouvons expliquer comment et pourquoi on devient dysphasique. […] La dysphasie n'est pas une aphasie congénitale, comme on a pu le dire autrefois. » Il reste à « préciser les limites de ce qui n'est pas encore une entité mais une nébuleuse dans laquelle nous risquons de trouver des troubles bien différents[19]. »

Pourquoi donc ce qui reste à l'état d'hypothèse est-il relayé de façon aussi enthousiaste par un grand nombre de spécialistes, experts ou simples parents ?

2. L'impossible définition des troubles

Pour aborder cette question, il est intéressant de connaître les définitions des troubles les plus largement utilisées dans la littérature scientifique ou de vulgarisation francophone. Ces définitions reprennent celles données par le DSM-IV[20] de l'Association américaine de psychiatrie et par la CIM-10[21] de l'Organisation mondiale de la santé, en les assimilant globalement à la dysphasie et à la dyslexie, termes qui ne sont pas utilisés dans ces deux classifications.

Notons que la référence à ces deux bibles de la pathologie, ainsi d'ailleurs que la mention des travaux des neurologues et des généticiens, sont des arguments de poids, dans notre société du tout-scientifique, qu'il est difficile de mettre en doute ou de questionner. Jacques Fijalkow, professeur de psychologie à l'université de Toulouse, le souligne : « L'écoute dont a bénéficié le lobby médical […] s'explique […] par le crédit étonnant dont disposent traditionnellement les médecins en France. […] toute phrase commençant par "du point de vue médical" dispose d'une crédibilité *a priori*[22]. » À ce propos, il est intéressant d'évoquer la « rhétorique de la

18 Michel Habib, « Bases neurologiques des troubles spécifiques d'apprentissage », in *Réadaptation*, no 486, pp. 16-28, janvier 2002.
19 Christophe-Loïc Gérard, *L'Enfant dysphasique*, De Boeck, coll. « Université », 1989, pp. 6, 12, 13.
20 *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Masson, 1996.
21 *Classification internationale des maladies*, Masson, 1993.
22 Jacques Fijalkow, « Dyslexie : le retour », in *Psychologie et éducation*, no 47, décembre 2001.

promesse, florissante parmi les promoteurs de la recherche en santé […] : promesse aux individus d'une meilleure médecine, de meilleurs médicaments, d'une meilleure santé, d'une vie plus longue en bonne santé ; promesse à la bio-industrie d'un marché inépuisable de nouveaux médicaments ou de nouvelles technologies ; promesse aux chercheurs d'un domaine de recherche immense, durable et bien financé ; promesse à l'État de contribuer à sa mission de produire des citoyens sains, actifs et productifs […]. Cette rhétorique est si puissante et si sûre d'elle qu'elle n'hésite pas à tourner en ridicule toute réticence à adhérer à ces promesses : elle explique ainsi qu'une telle réticence témoigne d'une incapacité à imaginer les bienfaits de la nouvelle médecine annoncée, donc d'esprits rétrogrades et antiscience[23]. »

On peut résumer les définitions des troubles de la manière suivante : la dysphasie et la dyslexie seraient des difficultés spécifiques (c'est-à-dire primaires et circonscrites) et durables (c'est-à-dire sans possibilité de remédiation totale) de l'acquisition du langage (oral ou écrit), en dehors de toute cause évidente : surdité, lésion cérébrale acquise, déficience mentale, trouble envahissant du développement, carence affective, éducative ou pédagogique.

Remarquons en premier lieu que l'évocation de carences manque singulièrement de précision : qu'est-ce qu'une situation affective, éducative ou pédagogique « normale » ? Par ailleurs, l'aspect spécifique est généralement aussitôt contredit dans ces présentations par une très longue liste de « troubles associés », considérés *a priori*[24] comme les déficits instrumentaux à la base des difficultés de langage (troubles de l'orientation spatio-temporelle, de la latéralisation, de la mémoire, de l'attention et de la concentration, manque d'esprit de

23 Florence Piron, « Les citoyens, la démocratie et la recherche en génétique », in *Génomique-génoéthique et anthropologie*, Montréal, octobre 2004.

24 Pourquoi en effet ces « troubles associés » ne seraient-ils pas plutôt des symptômes associés à celui de trouble du langage, dont l'origine commune serait encore autre ? Voir Abdelhamid Khomsi, *À propos de la galaxie « dys » : essai de définition opérationnelle des dysfonctionnements développementaux*, site Coridys (www.coridys.asso.fr/pages/base_doc/txt_khomsi/txt.html), avril 1998.

synthèse, lenteur…) ou comme des conséquences psychologiques de ces mêmes difficultés (hyperactivité, troubles du comportement, refus scolaire…).

Ces précisions tendent donc à circonscrire des « pathologies » par exclusion et à ne plus considérer que les enfants dont les difficultés semblent inexpliquées. D'une certaine façon, ce sont toujours les enfants « des autres » qui pourraient être concernés par les facteurs environnementaux. Dans le même temps, une certaine confusion est entretenue[25], entre dyslexie et difficulté d'apprentissage de la lecture, de manière moindre entre dysphasie et retard de parole et de langage, ce qui a tendance à inclure tous les enfants en difficulté dans ces définitions exclusives de toute étiologie autre qu'organique. En effet, les chiffres de prévalence des troubles, notablement variables d'un texte de vulgarisation à un autre et aussi, plus étonnamment, d'une étude scientifique à une autre, représentent tout de même en moyenne une forte proportion de la population : respectivement 1 % et de 4 à 5 % pour la dysphasie et pour la dyslexie[26]. La définition clinique des troubles ne permet effectivement pas, dans la pratique, de différencier les étiologies. Ainsi, « les parents d'enfants "anormaux" sont soumis à un bain de nomination du trouble ; celui-ci est énoncé souvent comme une certitude d'une pathologie, même s'il ne s'agit le plus souvent que d'une description des symptômes[27]. »

« Cette confusion, causée par un manque de diagnostic différentiel et un réductionnisme organiciste, provoque une généralisation de l'utilisation du terme dyslexique [et dysphasique]

25 Voir les multiples témoignages de parents d'enfants « dysphasiques » ou « dyslexiques » qui émaillent la littérature, notamment Ariel Conte (président de Coridys), « Des parents d'enfants dyslexiques », in *Réadaptation*, no 486, pp. 43-46, janvier 2002. Voir aussi Laurence Valvre-Douret, Anne Tursz (dir.), « Les troubles d'apprentissage chez l'enfant : un problème de santé publique ? », in *Actualité et dossier en santé publique*, no 26, pp. 23-66, mars 1999.

26 Voir Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), *Indications de l'orthophonie dans les troubles du langage écrit chez l'enfant*, septembre 1997 ; Jean-Charles Ringard, *À propos de l'enfant « dysphasique », l'enfant « dyslexique »*, février 2000.

27 Nicole Steinberg, « Les hypothèses génétiques dans la maladie mentale de l'enfant : destin fatal ? », in *Génomique-génoéthique et anthropologie*, Montréal, octobre 2004.

sans se préoccuper des facteurs socioculturels, cognitifs, affectifs et pédagogiques[28]. » La présentation actuelle des troubles de langage oral et écrit, que ce soit dans les articles scientifiques ou de vulgarisation, cherche donc bien à prouver qu'il existe des pathologies du développement du langage oral ou écrit qui n'ont aucun lien avec l'environnement de l'enfant, qu'il soit familial, social ou pédagogique, voire d'insinuer que tous les troubles de langage oral et écrit des enfants relèvent d'une explication biologique. Toutes les publications vulgarisées que l'on vient d'évoquer, par le style de leur rédaction, tendent à rassurer le parent lecteur sur la particularité de son propre enfant. Sur l'un de ces sites, on trouve d'ailleurs cette exclamation en page d'accueil : « La dyslexie existe ! »

Pourquoi vouloir absolument le démontrer ?

3. Les bénéfices de l'aveuglement

Des raisons peuvent se trouver dans trois grands domaines, sensibles à plusieurs titres.

D'un point de vue social, et donc politique, considérer la dysphasie et la dyslexie comme des « pathologies » d'origine organique permet de ne pas remettre en cause ni tenter de résoudre les inégalités d'accès aux biens matériels et culturels dans la France d'aujourd'hui. Pourtant, de nombreuses études concordent pour dire que « les mauvais lecteurs sont presque toujours des enfants issus de milieux défavorisés[29] ». Le manque de courage et de volonté politique des élus, l'absence de remise en question de son mode de vie par le citoyen-consommateur *lambda*, permettent le *statu quo*. Citons ici le travail de Michel Foucault[30] sur la biopolitique, forme de gouvernement qui passe par le corps : « En se centrant sur l'individualité définie par le corps et ses besoins, ce mode d'exercice du pouvoir tend à masquer les rapports sociaux qui

28 Jean-Paul Martinez, Jean-Marie Honorez, « Dyslexie, vous avez dit encore dyslexie ? », in *La Feuille orthopédagogique*, Montréal, vol. 2, no 3, p. 2, mai-juin 2001.
29 Jacques Fijalkow, « Vers une France dyslexique », in *Les Actes de lecture*, no 69, pp. 35-38, mars 2000. Voir aussi Colette Chiland, « Le refus de l'école, un aspect transculturel », in *L'Échec scolaire en France*, PUF, pp. 239-251, 1990.
30 Voir Michel Foucault, *Dits et écrits*, t. III, IV, Gallimard, 1994.

lient les citoyens entre eux, notamment leurs rapports de solidarité, qu'on peut aussi appeler le "civisme", c'est-à-dire le souci d'autrui avec qui on partage une cité, une société, un monde. […] La conception de la citoyenneté qui est associée à la biopolitique est, au contraire, très "individualisée" : le citoyen est incité à se tourner vers lui-même, vers son corps et celui de ses proches, et à n'envisager sa vie en société que sous cet angle […][31]. » Jacques Fijalkow évoque le discours des décideurs : « […] des messages moins préoccupés de faire appel à l'intelligence et à la liberté de jugement du destinataire que de toucher sa corde sensible en faisant appel à ses bons sentiments[32] ». Il s'agit ni plus ni moins que de préserver, par la bonne conscience de l'action entreprise (la prise en charge médicale des enfants en difficulté de langage), un certain confort intellectuel de part et d'autre. Ne pas envisager, au niveau des décisions politiques, les inégalités sociales comme sources d'inégalité d'accès au langage oral et écrit est une attitude à courte vue : « Tout le monde y gagnerait […] si aucune confusion n'était plus entretenue […]. On pourrait alors s'occuper de la majorité de ceux qui sont des mauvais lecteurs issus de milieux faiblement lecturisés[33]. » Jacques Fijalkow considère le récent *Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage*[34] comme une « faute politique, [car] les enfants auxquels s'appliqueront ces mesures feront grossir le flot des statistiques de l'illettrisme de demain[35] » : « En se désintéressant [des enfants] défavorisés par leur naissance et dont les difficultés ont une autre origine, il contribue à faire en sorte que ces derniers soient encore plus défavorisés[36]. » Avec toutes les conséquences qui en découlent : illettrisme, exclusion, très grande pauvreté, violence sociale…

31 Florence Piron, « Les citoyens, la démocratie et la recherche en génétique », in *Génomique-génoéthique et anthropologie*, Montréal, octobre 2004.
32 Jacques Fijalkow, « Dyslexie : le retour », in *Psychologie et éducation*, no 47, décembre 2001.
33 Jean-Paul Martinez, Jean-Marie Honorez, « Dyslexie, vous avez dit encore dyslexie ? », in *La Feuille orthopédagogique*, Montréal, vol. 2, no 3, p. 2, mai-juin 2001.
34 Ministère de l'Éducation nationale, ministère de la Santé, secrétariat d'État aux personnes âgées et aux personnes handicapées, *Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage*, mars 2001.
35 Jacques Fijalkow, « Vers une France dyslexique », in *Les Actes de lecture*, no 69, pp. 35-38, mars 2000.
36 Jacques Fijalkow, « Dyslexie : le retour », in *Psychologie et éducation*, no 47, décembre 2001.

D'un point de vue pédagogique, et donc politique là aussi, les définitions actuelles des troubles de langage déplacent le problème de l'échec scolaire vers une prise en charge médicale. On constate un processus de déresponsabilisation de l'institution scolaire, par un recours de plus en plus fréquent à l'orthophonie sur les conseils des instituteurs, que ce soit en maternelle ou en primaire. Cela ne détourne-t-il pas l'attention des erreurs de l'Éducation nationale, des enseignants et des méthodes d'apprentissage ? Les discussions et controverses à propos de ces dernières ne manquent pourtant pas[37], notamment en ce qui concerne la méthode globale et ses variantes : « La dyslexie n'est pas autre chose qu'une hypothèse médicale pour expliquer un fait pédagogique[38]. » La Sécurité sociale doit-elle prendre en charge les difficultés d'apprentissage de la lecture ? Certaines prises de position sont véhémentes : « Il n'est pas acceptable que l'Éducation nationale […] exclue […] la moitié des élèves qui lui sont confiés et fasse ensuite payer ses échecs à la Sécurité sociale qui rembourse des prestations d'orthophonie et de psychothérapie qu'un apprentissage correct de la lecture aurait permis d'éviter[39]. » « Non, la souffrance d'un enfant de six ans sur trois qui n'apprend pas à lire tout au long de son année de CP ne relève pas de la santé publique[40]. » Ainsi que l'exprime André Inizan, professeur d'université et chercheur, « il n'est pas innocent de colporter une hypothèse en suspens, surtout lorsqu'elle est séduisante comme c'est le cas avec la "dyslexie" qui déculpabilise si bien tout le monde (l'école et les parents) quant à la source de l'échec scolaire. L'opinion a tôt fait de la transformer en évidence : "Il est né comme ça, on n'a rien à se reprocher." » L'école se trouverait ainsi « dispensée de se réformer, de chercher à promouvoir la qualité de l'enseignement ordinaire[41] ». On peut être tenté

37 Voir notamment Marc Le Bris, *Et vos enfants ne sauront pas lire ni compter*, Stock, 2004 ; Colette Ouzilou, *Dyslexie : une vraie fausse épidémie*, Presses de la Renaissance, 2001.
38 Jacques Fijalkow, « Vers une France dyslexique », in *Les Actes de lecture*, no 69, pp. 35-38, mars 2000.
39 Ghislaine Wettstein-Badour, « L'échec en lecture ou le massacre des innocents », in *La Lettre d'Enseignement et liberté*, no 65, 3e trimestre 1999.
40 André Inizan, *Commentaire, pas à pas, du rapport Ringard*, site André Inizan (perso.wanadoo.fr/andre.inizan/critique%20rapp%20ringard.htm).
41 André Inizan, *Commentaire, pas à pas, du rapport Ringard*, site André Inizan (perso.wanadoo.fr/andre.inizan/critique%20rapp%20ringard.htm).

d'interpréter cette acceptation de l'intrusion des « pathologies » du langage dans l'école comme une démission, un abandon du « pari républicain de l'école pour tous[42] ». Avec les mêmes corollaires que précédemment…

En dernier lieu, d'un point de vue familial, la volonté d'aveuglement est manifeste : les concepts de dyslexie et de dysphasie peuvent servir à « masquer d'autres troubles du développement[43] ». Pour commencer, il n'est pas rare qu'une dysphasie cache en réalité une déficience mentale légère, nécessairement plus difficile à accepter. En outre, « un diagnostic de trouble spécifique de développement du langage ouvre plus de possibilités d'intervention thérapeutique qu'un diagnostic de déficit cognitif global[44] ». Signalons d'ailleurs que la famille KE, qui a servi de base aux hypothèses génétiques sur la dysphasie[45], présente une différence de 20 points de QI entre ses membres porteurs et non porteurs du gène FOXP2[46]. Quant aux responsabilités familiales, François Le Huche, phoniatre, exprime clairement les freins dont elles font l'objet : « […] si vous commencez à penser que c'est la façon de réagir du sujet et de son entourage qui est au cœur du problème, vous désignez cet enfant et/ou son entourage comme plus ou moins responsable des troubles. Et qui dit responsable tend naturellement à faire penser : "… et donc coupable" ! Impossible d'aller de ce côté ! Les parents pourraient protester[47] ! » La qualification de ces troubles en tant qu'entités cliniques à part entière évite ainsi aux parents de les considérer comme des symptômes, au sens psychanalytique du terme. L'hypothèse organique fournit « la réponse anxieusement recherchée » et par là même d'« importants bénéfices psychologiques [48]» : pas de remise en cause du contexte familial, de la relation parents-enfants, des obligations éducatives

42 Jacques Fijalkow, « Dyslexie : le retour », in *Psychologie et éducation*, no 47, décembre 2001.
43 Bertrand Welniarz, « Approche psychopathologique des troubles graves du langage oral chez l'enfant », in *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant* (*ANAE*), no 61, juillet 2001.
44 Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), *L'Orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans*, mai 2001, p. 26.
45 Voir Myrna Gopnik, *The Inheritance and Innateness of Grammars,* Oxford University Press, 1997.
46 Voir Fiona Cowie, « Les avatars du gène de la grammaire », in *La Recherche*, no 311, p. 64, juillet-août 1998.
47 François Le Huche, « L'enfant est l'acteur principal de ses déviances », in *Orthomagazine*, no 38, janvier-février 2002, pp. 32-33.
48 Jacques Fijalkow, « Dyslexie : le retour », in *Psychologie et éducation*, no 47, décembre 2001.

excessives ou des carences affectives… Ce sont d'ailleurs les explications psychodynamiques que les neurologues d'une part, les parents d'autre part, combattent avec le plus de virulence. Michel Habib développe ainsi une série d'arguments à visée défensive (c'est moi qui souligne) : « […] une psychothérapie […] ne peut *évidemment* rien sur les troubles dyslexiques » et ne fait que « *culpabiliser* les parents sur leur *prétendue* responsabilité *plus ou moins* consciente dans les difficultés de leur enfant », car « ce qui peut apparaître comme une fragilité psychologique *constitutionnelle* est en fait la conséquence et non la cause de la dyslexie[49] ». Cette dialectique fait apparaître des a-priori certains et surtout une peur essentielle. L'acceptation, même théorique, d'une responsabilité des parents dans le développement harmonieux ou non de leur enfant est trop douloureuse pour une grande majorité, la différence entre responsabilité et culpabilité n'étant pas claire. On retrouve cette négation vigoureuse dans les sites Internet de vulgarisation : « Ni les parents ni les enseignants ne sont responsables de ce trouble spécifique d'apprentissage » (à propos de la dyslexie, inscription en rouge !) ; « Ce problème est de naissance et n'est pas acquis par la suite d'un traumatisme affectif ou autre » (à propos de la dysphasie). Soulignons qu'il existe une étonnante contradiction entre le désir des parents de se prouver que leur enfant est « normal », les définitions choisies de la dysphasie et de la dyslexie excluant tout déficit autre, et leur volonté résolue d'obtenir pour ce même enfant le statut de « handicapé », par le biais des nouvelles dispositions françaises[50]. Des enfants possiblement concernés par une étiologie psycho-affective se retrouvent donc confrontés à des années de rééducation intensive, à la prise en compte du seul aspect langagier de l'expression de leur malaise, c'est-à-dire à la négation obstinée du sens de leur symptôme : soit celui-ci se déplace, soit il résiste…

49 Michel Habib, *Dyslexie : le cerveau singulier*, Solal, coll. « Neuropsychologie », 1997.
50 Voir Ministère de l'Éducation nationale, ministère de la Santé, secrétariat d'État aux personnes âgées et aux personnes handicapées, « Mise en œuvre d'un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit », in *Bulletin officiel*, no 6, encart, 7 février 2002.

II. Les autres thèses étiologiques

La réduction du langage, par « une théorie devenant en quelque sorte théorie officielle », à ses seuls aspects neurologiques et cognitifs a pour effet de nier toutes les études antérieures : philosophiques, sociologiques, linguistiques, psychanalytiques, pédagogiques… « Cette somme de réflexions, de recherches théoriques et pragmatiques est-elle désormais officiellement invalidée[51] ? » Le langage et son élaboration chez l'enfant se trouvent pourtant à un véritable carrefour du corporel et du psychique, du familial et du scolaire, de l'individuel et du collectif.

Dans les domaines social et pédagogique, les réflexions des experts seront évoquées rapidement. En effet, les causes qu'ils retiennent des troubles de langage oral et écrit restent largement acceptées ou du moins connues du plus grand nombre. En revanche, les étiologies psycho-affectives seront abordées de façon plus approfondie.

1. Des responsabilités sociales

C'est d'abord par leurs conséquences, l'échec scolaire et l'illettrisme, qu'il est possible d'analyser les causes sociales des difficultés de langage oral et écrit.

Les chiffres publiés mettent en avant l'ampleur, ainsi que la constance dans le temps, du phénomène d'illettrisme : « 11,6 % des jeunes Français entre dix-sept et vingt-cinq ans comprennent difficilement un texte court, un mode d'emploi ou un document administratif et ne savent pas utiliser un plan ou un tableau. […] la plupart de ces jeunes viennent de la précarité. Le taux d'illettrés atteint plus de 30 % parmi les allocataires du RMI[52]. »

De nombreuses études tentent de trouver des corrélations entre situation sociale et échec scolaire. Selon une enquête statistique de l'INSEE, le chômage parental est une variable causale significative dans les difficultés d'apprentissage : « Nous montrons que les enfants

51 Fédération des orthophonistes de France, *Manifeste pour une orthophonie de soins*, mai 2002.
52 Alain Bentolila, propos recueillis par Dominique Simonnet, « Il existe en France une inégalité linguistique », in *L'Express*, 17 octobre 2002.

dont les parents ont connu la précarité professionnelle ont de moins bons résultats scolaires[53]. » Le surpeuplement du logement et le montant du revenu familial s'avèrent aussi des facteurs très nets de retard scolaire[54].

Notons à ce propos la notion d'« effet Pygmalion[55] », par lequel les attentes (positives ou négatives) de l'enseignant par rapport à un élève peuvent mener à leur réalisation, l'enfant se conformant *in fine* à la représentation que son enseignant a de lui : les a-priori sur la situation sociale défavorisée d'un élève ont alors toutes les chances d'aboutir à une moindre performance. En outre, de la part de l'enfant, la « peur du succès[56] », par refus des conséquences de la réussite en tant que perte de l'identité familiale ou du rôle social, explique bien des comportements d'inhibition intellectuelle. Quant au « sentiment d'imposture[57] », qui s'origine dans une culpabilité de la réussite par sensation de malhonnêteté intellectuelle ou d'abus de pouvoir, dans les mêmes situations, ses résultats sont identiques.

Le type de rapport au savoir peut également être évoqué. Chez les élèves issus des milieux populaires, il s'agit d'un rapport « instrumental[58] » : « […] le savoir en soi ne présente d'intérêt que par les objectifs (pratiques, socio-professionnels) qu'il permet d'atteindre à court terme. » Au contraire, dans les classes intellectuelles et bourgeoises, ce rapport, non instrumental, permet la réussite scolaire : « […] le savoir est investi d'une valeur en soi[59]. » Il existe donc un décalage permanent à ce point de vue entre les enseignants et les élèves de

53 Michel Duée, *L'Impact du chômage des parents sur le devenir scolaire des enfants*, INSEE, juillet 2004, p. 2.
54 Voir Dominique Goux, Éric Morin, « La persistance du lien entre pauvreté et échec scolaire », in *France, portrait social*, INSEE, 2000 ; Dominique Goux, Éric Morin, « Surpeuplement du logement et retard scolaire », in *Données sociales*, INSEE, 2002 ; cités par Michel Duée, *L'Impact du chômage des parents sur le devenir scolaire des enfants*, INSEE, juillet 2004, pp. 6-7.
55 R. Rosenthal *et al.*, *Pygmalion à l'école : l'attente des maîtres et le développement intellectuel des élèves*, Casterman, 1971, cité par Évelyne Bouteyre, *Réussite et résilience scolaires chez l'enfant de migrants*, Dunod, 2004.
56 Matina S. Horner, thèse de doctorat, université du Michigan, 1968, citée par Évelyne Bouteyre, *Réussite et résilience scolaires chez l'enfant de migrants*, Dunod, 2004.
57 Helen K. Gediman, « Imposture, inauthenticity, and feeling fraudulent », in *Journal of American Psychoanalytic Association*, vol. 4, no 33, pp. 911-935, citée par Évelyne Bouteyre, *Réussite et résilience scolaires chez l'enfant de migrants*, Dunod, 2004.
58 Bernard Charlot *et al.*, *École et savoir dans les banlieues… et ailleurs*, Armand Colin, 1992, cité par Claude Vargas, « Lutte contre l'échec scolaire socioculturellement déterminé », in *Skhole*, no 9, 1999, pp. 17-48.
59 Claude Vargas, « Lutte contre l'échec scolaire socioculturellement déterminé », in *Skhole*, no 9, 1999, pp. 17-48.

familles défavorisées. Lorsque « le monde de l'école et celui de la vie s'opposent […] ceux qui ne sont pas "stimulés" par leur famille apprennent à lire comme on apprend des formules chimiques ou des dates d'histoire, ils apprennent pour oublier[60] ».

En outre, l'absence d'identification du projet parental avec le projet de l'école n'incite pas l'enfant à s'approprier un univers éloigné des préoccupations familiales : les parents de classe sociale modeste « éprouvent des difficultés à se reconnaître dans les valeurs dispensées par l'école et adoptent à son encontre une attitude sceptique[61] ». De la sorte, « de façon inconsciente, [les parents] amènent [leurs enfants] à occuper une position sociale qui reste dans la même lignée que celle qu'ils occupent. Ainsi, dans les milieux populaires, [une] progression est décrite comme souhaitable par ces mêmes parents, mais elle n'est pas ressentie comme indispensable. Face à cette constatation, nous supposons que le manque apparent d'investissement parental est en fait le reflet d'un idéal du moi[62] qu'un certain mode de vie a circonscrit. Il n'est alors pas envisageable de nourrir des espoirs, concernant l'avenir des enfants, qui paraissent réservés à des catégories sociales plus élevées[63]. »

Par ailleurs, le bain de langage se révèle souvent carencé dans les milieux défavorisés[64] : climat non propice dès la naissance à la communication mère-enfant, échanges verbaux frustes et rares, peu de place faite à l'enfant en tant qu'interlocuteur actif, langage lui-même déficitaire des parents… Cette stimulation langagière tronquée explique une pauvreté lexicale et syntaxique très nette, avec ses conséquences : « 10 % des enfants qui entrent au cours préparatoire disposent de moins de 500 mots, au lieu de 1 200 en moyenne pour les autres.

---

60 François Dubet, « Que faire des "lacunes" ? », in *La Montée de l'illettrisme et quelques pistes*, site Éducalire (www.educalire.net/LectMethodes.htm), novembre 2000.

61 A. Bernard-Claveau, *Relation entre le niveau socio-économique et le niveau d'aspirations scolaires des parents pour leur enfant d'âge scolaire*, thèse de psychologie, université du Québec, Trois-Rivières, 1979, cité par Évelyne Bouteyre, *Réussite et résilience scolaires chez l'enfant de migrants*, Dunod, 2004, p. 52.

62 En psychanalyse, l'idéal du moi est le compromis entre l'idéal de toute-puissance du tout-petit et les exigences du monde réel.

63 Évelyne Bouteyre, *Réussite et résilience scolaires chez l'enfant de migrants*, Dunod, 2004, p. 21.

64 Voir J.G. Duncan *et al.*, « Economic deprivation and early childhood development », in *Child Development*, no 65, pp. 296-318, 1994, cité par Jacques Dayan, *Psychopathologie de la périnatalité*, Masson, coll. « Les âges de la vie », 1999.

[…] Les mots sont des armes intellectuelles. Celui qui a des difficultés à conceptualiser et à argumenter […] exercera difficilement sa libre parole et son libre arbitre. […] La pauvreté linguistique favorise le ghetto ; le ghetto conforte la pauvreté linguistique[65]. » Plusieurs recherches confirment ce lien entre milieu social et développement du langage oral. Une évaluation, au moyen de la batterie PER 2000[66], de 411 enfants scolarisés de 3 ans 6 mois à 4 ans 6 mois, dans le Pas-de-Calais et le Nord, en 2001-2002, fait ressortir l'influence significative de la catégorie socio-professionnelle des parents sur les performances de l'enfant en langage oral[67]. Une enquête épidémiologique sur les troubles du langage et de la parole, auprès de 2 044 enfants scolarisés de 6 à 16 ans, dans le Gard, en 1994-1995, montre un lien significatif du faible niveau social et éducatif des parents (notamment le niveau d'études de la mère) avec la présence de troubles de la parole et du langage[68]. Une étude américaine, en 1997, sur 7 218 enfants de 5 à 6 ans, indique une prévalence des troubles de langage oral nettement liée au niveau d'éducation des parents[69]. Il est également intéressant de connaître, dans un domaine proche, les résultats d'une recherche américaine sur les risques respectifs de la prématurité et des facteurs sociaux dans le QI d'enfants de 3 ans : 90 % des enfants prématurés de mères noires défavorisées contre 9 % de ceux de mères blanches aisées ont à 3 ans un QI inférieur à 85[70]. Globalement, donc, le « milieu défavorisé est considéré comme

65 Alain Bentolila, propos recueillis par Dominique Simonnet, « Il existe en France une inégalité linguistique », in *L'Express*, 17 octobre 2002.
66 Pierre Ferrand, *Protocole d'évaluation rapide* (*PER 2000*), Ortho Édition.
67 Voir Centre national de documentation pédagogique (CNDP), *Dépistage et suivi d'enfants à risques de difficultés scolaires à l'école maternelle*, site Bien lire (www.bienlire.education.fr/04-media/a-depistage.asp).
68 Voir Nelly Guigue, *Analyse d'une enquête épidémiologique sur les troubles du langage et de la parole réalisée auprès des enfants âgés de 6 à 16 ans scolarisés dans le Gard*, université Montpellier-II, septembre 1996.
69 J. Bruce Tomblin *et al.*, « Prevalence of specific language impairment in kindergarten children », in *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, no 40, 1997, pp. 1245-1260, cité par Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), *L'Orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans*, mai 2001, p. 26.
70 A.F. Korner *et al.*, « Prediction of the low birth weight preterm infants by a new neonatal medical index », in *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, no 14, pp. 106-111, 1993, cité par Jacques Dayan, *Psychopathologie de la périnatalité*, Masson, coll. « Les âges de la vie », 1999.

un facteur de risque d'apparition de retards dans le développement du langage [oral] chez l'enfant[71] ».

Le manque d'accès au livre et au sens de l'écrit interdit en outre tout investissement dans les apprentissages scolaires. René Diatkine insistait précisément sur la nécessité de la présence du livre dans l'univers du tout-petit, notamment par la lecture du soir[72]. « Dans certains milieux non lecteurs, les enfants n'imaginent même pas que l'écrit puisse être porteur de sens pour eux : pire, ils le réduisent parfois aux factures qui viennent tracasser leurs parents[73]. » Cette absence peut amener les enfants à identifier le livre à un monde étranger, voire hostile : « Accepter le livre et la lecture serait passer dans le camp des autres, ce serait une trahison[74]. » Précisément, la langue étudiée à l'école (que ce soit dans l'acquisition de la conscience phonologique en maternelle ou dans l'apprentissage de la grammaire en primaire) introduit un biais entre enfants défavorisés et enseignants : « […] pour bon nombre d'enfants (massivement ceux des milieux socioculturellement dominés), l'objet d'étude [la langue] que leur propose (que leur impose) l'école ne ressemble que très partiellement à leur outil quotidien ordinaire d'interaction. Car il est *objet*, alors que ces enfants avaient surtout la pratique d'un *outil*. Car cet objet est *écrit*, alors que ces enfants vivaient dans un univers d'*oralité*, où les écrits des adultes étaient pratiquement inexistants[75]. » Ainsi, une évaluation de 400 enfants dans trois écoles primaires de ZEP (zone d'éducation prioritaire) à Chambéry a montré que 11 % des élèves présentaient des performances en lecture faisant poser le

71 Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), *L'Orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans*, mai 2001, p. 48, à propos de M. O'Callaghan *et al.*, « Social and biological risk factors for mild and borderline impairment of language comprehension in a cohort of five-year-old children », in *Developmental Medicine and Child Neurology*, no 37, 1995, pp. 1051-1061.
72 Voir René Diatkine, propos recueillis par Nicole Zucca, « Pas de solfège sans musique », in *Les Cahiers d'ACCES*, no 4, juillet 1999.
73 Bénédicte Fiquet, « Vaincre l'illettrisme », in *Alternative santé*, janvier 2001.
74 Alain Bentolila, propos recueillis par Dominique Simonnet, « Il existe en France une inégalité linguistique », in *L'Express*, 17 octobre 2002.
75 Claude Vargas, « Lutte contre l'échec scolaire socioculturellement déterminé », in *Skhole*, no 9, 1999, pp. 17-48.

diagnostic de « dyslexie » selon les définitions actuelles (contre un taux moyen généralement accepté de 4 à 5 %)[76].

Alain Bentolila, spécialiste de l'illettrisme en France, synthétise clairement la situation d'insécurité linguistique des groupes sociaux vulnérables : « Pour oser développer sa parole, pour vouloir mettre son sens sur les mots écrits par d'autres, pour exposer ses propres traces écrites au regard des autres, il faut avoir eu la chance de comprendre que la langue orale et écrite constitue une promesse plus qu'une menace ; croire qu'une chance existe d'exercer à travers elle un peu d'influence sur le monde. En effet, on se donnera la peine de maîtriser la parole, la lecture et l'écriture uniquement si l'on a été invité et incité à sortir d'un cercle étroit de familiarité et de connivence à l'intérieur duquel cette maîtrise n'est pas requise. Ceux qui n'ont jamais eu la chance sociale et culturelle d'être invités au concert de la communication élargie n'ont ainsi que peu de raisons de fabriquer des instruments justes et pertinents. Non parce qu'ils seraient incapables de les acquérir et de les utiliser mais parce que, dans le petit périmètre de communication qui leur est concédé, ces instruments n'ont pas leur utilité. Lorsqu'un groupe social est tenu à l'écart des cercles de réflexion collective, des lieux d'influence et des centres de décision, il va naturellement se doter de moyens linguistiques réduits ; ceux-ci constituent la réponse linguistique pertinente à la situation culturelle et sociale qui lui est imposée[77]. »

À part est la situation des enfants de migrants, dont les troubles de langage, que ce soit à l'oral ou à l'écrit, reflètent le trajet familial. Notons en passant que cet état n'est pas un facteur direct d'illettrisme : « La représentation géographique des taux d'immigration est […] très différente de celle de l'illettrisme[78]. » Pareillement, « […] les problèmes liés en apparence au

76 Laurence Valvre-Douret, Anne Tursz (dir.), « Les troubles d'apprentissage chez l'enfant : un problème de santé publique ? », in *Actualité et dossier en santé publique*, no 26, mars 1999, p. 51.
77 Alain Bentolila, « Préface », in Jean-Philippe Rivière, *Illettrisme, la France cachée*, Gallimard, coll. « Folio actuel », 2001, p. 9.
78 Alain Bentolila, « Préface », in Jean-Philippe Rivière, *Illettrisme, la France cachée*, Gallimard, coll. « Folio actuel », 2001.

bilinguisme ne sont jamais provoqués par le bilinguisme lui-même. […] C'est la situation à l'origine du bilinguisme qui est susceptible d'engendrer des difficultés[79]. » Évelyne Bouteyre[80], psychologue clinicienne, décrit une addition de conditions défavorables aux apprentissages chez l'enfant immigré : famille le plus souvent peu aisée sur le plan matériel ; mauvaise connaissance du système éducatif du pays d'accueil et déstructuration des attentes parentales par rapport à l'école ; parfois, retrouvailles avec le père exilé depuis plus longtemps, c'est-à-dire période de restructuration familiale et de reprise de l'autorité paternelle, donc difficultés d'investissement scolaire pour l'enfant ; ambivalence des parents par rapport au retour au pays, donc incapacité de l'enfant à s'adapter et à adopter le pays d'accueil ; souvent, mauvaise maîtrise de la langue maternelle, pouvant de plus être uniquement de tradition orale, donc manque de support pour l'apprentissage de la langue, orale et écrite, du pays d'accueil ; situation transculturelle, donc risques cognitifs et psychopathologiques pour l'enfant[81]. De par son histoire (durée des séparations familiales, distance avec le pays d'origine), les repères spatio-temporels de l'enfant sont souvent lacunaires, voire inexistants, ce qui peut rendre l'apprentissage de l'écrit plus difficile. En outre, la structure familiale est floue, mal connue, le passé obscur : il manque à l'enfant les racines pour continuer à se développer. L'enfant de migrants se trouve ainsi dans un « entre-deux conflictuel[82] » au sein duquel il doit se réorganiser psychiquement et culturellement : même si la migration n'a pas été vécue directement, elle constitue une rupture fondamentale dans le cycle de vie familial, avec la nécessité de reconstruire un équilibre et de reconstituer une appartenance. C'est à ce niveau que peut intervenir un conflit de loyauté : « L'individu est toujours loyal envers ses origines ; s'il ne peut l'être ouvertement, il le sera de façon voilée.

79 Francine Rosenbaum, *Approche transculturelle des troubles de la communication. Langage et migration*, Masson, 1997, p. 13.
80 Évelyne Bouteyre, *Réussite et résilience scolaires chez l'enfant de migrants*, Dunod, 2004, pp. 74 et s.
81 Voir Marie-Rose Moro, *Introduction à l'étude de la vulnérabilité de l'enfant de migrants*, thèse de médecine, Paris, 1988, citée par Évelyne Bouteyre, *Réussite et résilience scolaires chez l'enfant de migrants*, Dunod, 2004.
82 Amilcar Ciola, « Préface », in Francine Rosenbaum, *Approche transculturelle des troubles de la communication. Langage et migration*, Masson, 1997, pp. VII-X.

[…] C'est l'une des raisons pour lesquelles le migrant a un si fort besoin de réparation. […] un symptôme ou un échec peut être une tentative inconsciente, coûteuse et destructrice de rester fidèle[83]. » L'enfant de migrants, s'il constate des difficultés au sein de sa famille ou entre sa famille et la société, « associe inconsciemment ces contradictions à l'une ou à l'autre langue et s'épuise dans des conflits de loyauté qui lui barrent l'accès aux apprentissages[84] ». Ainsi, par fidélité, l'un ne parviendra pas à parler la langue du pays d'accueil, l'autre n'accédera pas à la lecture…

2. Des responsabilités pédagogiques

Ici, les critiques sont nombreuses et virulentes…

On pense d'emblée à la méthode globale et à ses dérivées[85] qui, depuis la fin des années 1960, sont utilisées dans tous les cours préparatoires de France. Notons que la méthode globale pure consistait à enseigner la lecture aux enfants sans passage par le déchiffrage, c'est-à-dire à leur faire reconnaître les images des mots pour accéder directement au sens. Les apprentis lecteurs devaient donc par eux-mêmes faire des hypothèses successives pour comprendre et acquérir le système de la correspondance grapho-phonémique. Les apôtres de cette méthode l'avaient justifiée par la monotonie de la méthode syllabique traditionnelle, ainsi que par la constatation que certains élèves n'accédaient alors pas au sens et ne devenaient pas des lecteurs efficaces. Bien que cette méthode ait été rapidement abandonnée à la suite de ses résultats catastrophiques, l'apprentissage de la lecture a toujours continué de se faire, jusqu'à aujourd'hui, par des méthodes « à départ global » ou « mixtes ». On tente encore de faire photographier les mots aux enfants, c'est-à-dire finalement à les leur faire deviner, pendant plusieurs semaines voire plusieurs mois, avant d'aborder phonèmes, graphèmes et syllabes.

83 Francine Rosenbaum, *Approche transculturelle des troubles de la communication. Langage et migration*, Masson, 1997, p. 10.
84 Francine Rosenbaum, *Approche transculturelle des troubles de la communication. Langage et migration*, Masson, 1997, p. 13.
85 Ce développement est inspiré de Marc Le Bris, *Et vos enfants ne sauront pas lire ni compter*, Stock, 2004.

Marc Le Bris, instituteur, parle de « trois inversions » : du tout vers l'élément (c'est-à-dire la reconnaissance des mots avant la connaissance des lettres) ; de l'exercice vers la leçon (c'est-à-dire l'incitation à deviner le sens avant l'enseignement des conventions de déchiffrage) ; du son vers les lettres (c'est-à-dire l'acquisition simultanée de toutes les graphies possibles d'un son au lieu de l'apprentissage progressif du son produit par chaque graphie).

On peut tenter d'évaluer la méthode globale en se référant à la façon dont le cerveau décode un texte écrit. Pour simplifier, disons qu'un mot inconnu est lu par la voie neurologique d'assemblage, c'est-à-dire par associations successives des graphèmes et de leurs correspondances phonémiques, pour aboutir à l'unité sonore du mot, puis à son sens. À force de présentations, ce mot nouveau entre dans le stock du lexique orthographique. Un mot déjà connu, lui, est lu directement par la voie neurologique d'adressage, c'est-à-dire par accès direct à son sens dans le lexique orthographique, sans déchiffrage syllabique, puis à sa correspondance sonore. La méthode globale semble donc vouloir faire l'impasse sur l'étape d'assemblage et inciter l'enfant à se constituer directement un lexique orthographique. Il semble bien improbable, pourtant, qu'un enseignement permette de présenter à l'apprenti lecteur tous les mots dont il pourrait avoir besoin dans ses futurs actes de lecture. La méthode globale compte donc sur les capacités d'analyse par l'enfant des similitudes graphiques et sonores des mots déjà en sa possession pour découvrir le principe de correspondance grapho-phonémique du français — qui s'avère donc finalement bien l'un des moyens de l'apprentissage !

C'est ce passage premier par la photographie des mots et leur mémorisation qui est mis en cause par les détracteurs de la méthode globale. « On mesure la difficulté d'une telle démarche et on comprend que celle-ci devienne irréalisable quand l'enfant ne dispose pas de bonnes capacités de discrimination auditive ou oriente mal les formes dans l'espace. Rappelons ici que plus de la moitié des enfants parfaitement "normaux" qui entrent en CP se

trouvent dans cette situation[86]. » Le docteur Wettstein-Badour, spécialiste des difficultés d'apprentissage du langage écrit, insiste sur le fait que « le graphisme de l'écrit ne peut être assimilé à celui de l'image[87] » par le cerveau et que le mot écrit en français n'est pas comparable à l'idéogramme, chinois par exemple, car il ne constitue pas l'unité sonore de base de la langue. L'enfant est ainsi contraint de faire des hypothèses lorsqu'un mot ou une partie de mot lui est inconnu, car il n'a pas en mémoire les « éléments suffisants pour fournir le sens exact de la lecture pour les mots dont la forme change selon le genre, le nombre, la fonction dans la phrase, ni pour différencier des mots morphologiquement très proches ou semblables[88] ».

Précisons que les méthodes semi-globales mènent clairement aux mêmes impasses, les confusions se produisant nécessairement au début de l'apprentissage, c'est-à-dire pendant les quelques semaines ou mois d'approche globale de la lecture. Il est alors trop tard pour effacer les habitudes prises par l'enfant, qui continue, même après avoir été initié aux conventions d'assemblage, à tenter de deviner en faisant appel à sa mémoire. Les créatrices de la méthode d'apprentissage « Lire avec Léo et Léa », orthophonistes et psychothérapeutes, insistent à ce propos sur l'aspect « régressif[89] » de la méthode globale : en « encourageant [l'enfant] d'abord à appréhender le mot écrit dans sa globalité et à mémoriser sa correspondance orale, on le traite en être immature qui ne peut lire que par reconnaissance des mots ramenés au statut d'images. On lui apprend à "photographier", alors qu'on devrait au contraire l'aider à quitter le registre imaginaire pour accepter les symboles ; on le prive d'autonomie puisqu'on ne lui fournit pas d'abord la maîtrise du mécanisme qui permet l'accès au sens.

Paradoxalement, alors qu'il s'agit pour l'enfant qui grandit de repérer et d'accepter la

86 Ghislaine Wettstein-Badour, *Apprentissage de la lecture : le non-sens des pédagogies actuelle*s, site Sauver les lettres (www.sauv.net/wettstein.php), mars 2000.
87 Ghislaine Wettstein-Badour, *Apprentissage de la lecture : le non-sens des pédagogies actuelle*s, site Sauver les lettres (www.sauv.net/wettstein.php), mars 2000.
88 Ghislaine Wettstein-Badour, *Apprentissage de la lecture : le non-sens des pédagogies actuelle*s, site Sauver les lettres (www.sauv.net/wettstein.php), mars 2000.
89 Françoise Dolto, *Naître et grandir*, 1985, citée par Thérèse Cuche, Michèle Sommer, « Lire avec Léo et Léa, une méthode structurante », in *Orthomagazine*, no 38, janvier-février 2002, pp. 6-9.

différence, on lui demande de rechercher du pareil, du semblable (retrouver le même mot). On le leurre en lui faisant croire qu'il peut lire ainsi, alors qu'il n'en a pas les moyens […]. Cette démarche est démagogique (on fait plaisir à l'enfant) mais pas structurante. […] quand il va s'agir ensuite d'entrer dans le registre du symbolique, de repérer les correspondances sons/graphies, […] beaucoup s'accrochent alors au comportement antérieur (que l'adulte lui-même a d'abord valorisé), essayant toujours de deviner plutôt que de faire l'effort de lire […][90]. »

Colette Ouzilou, orthophoniste, affirme que la méthode globale est la vraie responsable de l'échec massif d'un grand nombre d'enfants en lecture : « Mon passé clinique me permet d'être catégorique. […] j'ai suivi la genèse du phénomène. En 1968, je rééduquais essentiellement des enfants souffrant de retard de langage, de bégaiement. Mais, au début des années 1970, j'ai vu apparaître la première vague de lecteurs défaillants, et depuis leur nombre n'a fait qu'augmenter[91]. »

Il est surprenant de constater que les nombreux colloques organisés et rapports rédigés pour et par l'Éducation nationale[92] n'abordent jamais cet aspect, pour ne pas dire cette cause, de l'échec scolaire et de l'illettrisme : « […] ces mouvements sont plus prospectifs que diagnostiques, […] ils cherchent plus à pallier l'échec qu'à en rechercher l'origine[93]. »

Comme l'écrit avec malice Ghislaine Wettstein-Badour, « la prise en compte de l'existence du cerveau n'apparaît dans aucune [des] publications[94] » des chercheurs en pédagogie…

---

90 Thérèse Cuche, Michèle Sommer, « Lire avec Léo et Léa, une méthode structurante », in *Orthomagazine*, no 38, janvier-février 2002, pp. 6-9.

91 Colette Ouzilou, propos recueillis par Sophie Berthier, « L'alibi miracle de l'Éducation nationale : tous dyslexiques », in *Télérama*, no 2707, 28 novembre 2001.

92 Voir notamment Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Direction de l'enseignement scolaire, *La Dyslexie à l'école. Actes de l'université d'automne du 28 au 31 octobre 2002 à Allevard-les-Bains (38)*, décembre 2003 ; Centre national de documentation pédagogique (CNDP), *Lire au CP. Repérer les difficultés pour mieux agir*, ministère de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche, Direction de l'enseignement scolaire, février 2003 ; Observatoire national de la lecture, *Les Troubles de l'apprentissage de la lecture*, ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, février 2005.

93 Colette Ouzilou, *Dyslexie, une vraie fausse épidémie*, Presses de la Renaissance, 2001, « Préface ».

94 Ghislaine Wettstein-Badour, *Le Cerveau, cet inconnu des pédagogues*, Fransya, janvier 2004.

D'autres situations scolaires peuvent être rapidement évoquées qui, sans être des raisons directes des difficultés des enfants, reflètent le manque d'engagement de l'école dans le développement optimal du langage oral et écrit des élèves.

En ce qui concerne le langage oral, le phénomène de l'entrée précoce à l'école à deux ans n'a pas été accompagné par les moyens nécessaires en personnel. La prise en charge de ces tout-petits ne leur offre pas le contact privilégié nécessaire avec un adulte référent, « à un âge où le langage explose (on passe de 50 à 300 mots et on inaugure les premières combinaisons syntaxiques). Dans ce contexte, [les enfants] restent entre eux. […] C'est une catastrophe pour l'épanouissement psycholinguistique de l'enfant[95] ! » Au niveau psychique, la rupture du lien avec l'environnement familial, dans des conditions d'encadrement grandement insuffisantes pour ces enfants, « doublement prématurés (sur les plans neuroencéphalique et psychogénétique) et soumis à une situation qui écrase leur capacité d'intégration », représente un risque d'atteinte des « fonctions cognitives et instrumentales, avec [notamment] l'apparition [de] troubles de l'apprentissage du langage oral puis écrit[96] ».

Par ailleurs, pour Laurence Lentin, linguiste spécialiste de l'acquisition du langage, « les enseignants ne sont absolument pas formés à l'enseignement de l'oral. En maternelle, ils s'adressent trop souvent à la classe dans son ensemble, alors que l'apprentissage de la langue ne peut se faire que dans une relation duelle[97]. » Bien qu'« apprendre à parler et à construire son langage » fasse partie des objectifs officiels de l'école, bien souvent « l'adulte parle à lui seul plus que tous les enfants réunis », « entre 30 et 50 % des prises de parole enfantines ne reçoivent pas de réponse » et, « quelle que soit la situation, le langage magistral conserve globalement les mêmes caractéristiques[98] ».

95 Alain Bentolila, propos recueillis par Dominique Simonnet, « Il existe en France une inégalité linguistique », in *L'Express*, 17 octobre 2002.
96 Roger Misès, « Scolarisation à deux ans : une fausse bonne idée », in *La Lettre de psychiatrie française*, no 140, décembre 2004.
97 Laurence Lentin, citée par Bénédicte Fiquet, « Vaincre l'illettrisme », in *Alternative santé*, janvier 2001.
98 Agnès Florin, *Le Développement du langage*, Dunod, coll. « Les topos », 1999.

Une étude récente fait en outre ressortir le fait que le nombre d'enfants par classe possède un net retentissement sur les performances des élèves : « […] nous mettons en évidence l'existence d'un impact positif important des tailles de classes réduites sur la réussite scolaire[99]. » Pourtant, les politiques de réduction d'effectifs, notamment dans les zones d'éducation prioritaires (ZEP), restent très modestes. De même, les moyens alloués aux réseaux d'aides scolaires aux enfants en difficulté (RASED) ne leur permettent pas d'atteindre leurs objectifs : « Mission impossible garantie. Pour prendre une mesure réaliste de cette impossibilité, il suffit de mettre en parallèle deux statistiques. Les professionnels des RASED, bon an mal an, selon leurs implantations, ont affaire à 4 à 6 % de la population scolaire. Dans la population adulte, on estime à 10 % au moins les illettrés […]. Autrement dit, les RASED ne prennent guère en charge que la moitié de la population scolaire sévèrement menacée d'illettrisme. Nos gestionnaires sont manifestement de plus en plus tentés de prendre prétexte de ces chiffres pour rogner les RASED, voire pour les supprimer[100]. »

3. Des responsabilités familiales

On aborde là le domaine privé, constitué d'habitudes transgénérationnelles fortes, de convictions éducatives enracinées, de volontés et d'exigences de réussite, de projections et de désirs inconscients… Voilà bien pourquoi la moindre remise en cause d'une attitude parentale ou la requalification d'un comportement de l'enfant en tant que symptôme est souvent source de déséquilibres, de peurs, de refus…

Pourtant, on s'aperçoit que les enfants présentant des troubles de langage oral et écrit ont bien souvent d'autres difficultés. Le rapport de l'ANAES conclut d'ailleurs ainsi : « On peut retenir de ces études […] que les troubles du langage sont beaucoup plus souvent associés à

99 Thomas Piketty, *L'Impact de la taille des classes et de la ségrégation sociale sur la réussite scolaire dans les écoles françaises : une estimation à partir du panel primaire 1997*, École des hautes études en sciences sociales (EHESS), mai 2004.

100 Daniel Calin, *Une logique de l'exclusion. Réflexions sur les dysfonctionnements fondamentaux de notre système éducatif*, site Daniel Calin (daniel.calin.free.fr/textes/exclusion.html), décembre 2004.

d'autres troubles (comportement, motricité) qu'isolés[101]. » L'origine affective et relationnelle de cette conjugaison de difficultés est donc à interroger. Il paraît intéressant d'analyser les étiologies à type de carence ou de distorsion plus ou moins visible, mais aussi et surtout celles qui touchent au domaine du secret, du non-dit, d'une part, et à celui du forçage éducatif, d'autre part. Ce tout dernier aspect semble particulièrement ignoré à l'heure actuelle.

a. Le langage, émergence d'un sujet autonome

Décrivons en quelques mots les étapes successives, d'un point de vue psychodynamique, qu'un enfant doit franchir dans son acquisition du langage oral puis écrit — étapes inséparables de la structuration d'une personnalité autonome.

« L'un des constituants les plus fondamentaux de la communication est déjà présent à la naissance : la place du sujet communiquant[102]. » C'est cette place de sujet que, par son attitude envers l'enfant, son entourage devra reconnaître pour lui permettre de développer peu à peu son langage. En effet, « le langage ne s'enseigne pas[103] », car « le moteur de l'apprentissage de la langue est dans la relation[104] ». L'enfant a donc besoin non seulement d'un bain de langage, mais également d'une véritable écoute adaptée. Ainsi que l'exprime Serge Lebovici, psychiatre et psychanalyste, « le bébé naît avec des compétences ; sa mère va les transformer en performances[105] ». Par ses interactions précoces, le bébé, s'il est regardé, manipulé, porté, écouté comme une personne, accède donc au sens : « C'est la signification, illusoire, que la mère attribue à la production de son enfant qui le fait entrer dans le registre

101 Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), *L'Orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans*, mai 2001, p. 30.
102 Astrid Van der Straten, « Premiers gestes, premières paroles », in *Bulletin de l'École lacanienne de psychosomatique*, no 1, 1991.
103 Claire de Firmas, *Un bilan de langage : critères d'évaluation et fondements théoriques*, site Fédération des orthophonistes de France (perso.wanadoo.fr/f.o.f/page0.html#firmas).
104 Maëlle Béguin, *Orthophonie et psychothérapie. Questions et limites de la pratique libérale*, mémoire d'orthophonie, Nantes, 2002.
105 Serge Lebovici, cité par Bertrand Welniarz, « Approche psychopathologique des troubles graves du langage oral chez l'enfant », in *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant* (*ANAE*), no 61, juillet 2001.

signifiant[106]. » René Diatkine, psychiatre et psychanalyste, parlait d'« illusion anticipatrice[107] » : par les réponses que leur donne sa mère, les vocalisations naturelles de l'enfant deviennent des messages adressés. « Sans cette interprétation première, le bébé ne s'humaniserait pas[108]. » On comprend donc que, considéré comme un objet, c'est-à-dire privé de relation à une image maternelle, soumis à des discontinuités affectives excessives ou au contraire maintenu par sa mère dans une relation fusionnelle, le bébé ne peut entrer dans la dynamique de la communication. « Quand tout se passe bien, la communication polysensorielle interactive permet une bonne adaptation réciproque et favorise le développement cognitif et le développement du langage[109]. »

Un peu plus tard, l'élaboration progressive du langage oral participe de la naissance réelle d'un sujet, qui devient capable de dire « je ». Pour cela, l'enfant doit grandir, c'est-à-dire se dégager progressivement de sa mère : accepter la distance, la différence, le manque, renoncer à la relation à deux pour passer à la relation sociale (d'abord représentée par le père), enfin renoncer à l'imaginaire et à la toute-puissance, donc accepter le déplaisir, les contraintes… Insistons sur le rôle du père qui, en séparant le bébé de sa mère, fait passer l'enfant de la communication sensorielle naturelle au langage social. « Choisir de parler, c'est vouloir exister en tant qu'être distinct, désireux d'autonomie, capable d'exprimer des désirs qui lui sont propres. Si la relation à l'autre reste trop fusionnelle, le langage est perçu par l'enfant comme inutile, voire indésirable, justement parce qu'il est une prise de distance. […] Certains parents, pour des raisons très diverses, ont des difficultés à demander à leur enfant de se

106 Claire de Firmas, *Un bilan de langage : critères d'évaluation et fondements théoriques*, site Fédération des orthophonistes de France (perso.wanadoo.fr/f.o.f/page0.html#firmas).
107 René Diatkine, 1976, cité par Bertrand Welniarz, « Approche psychopathologique des troubles graves du langage oral chez l'enfant », in *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant* (*ANAE*), no 61, juillet 2001.
108 Jeanine Pirard-Le Poupon, « Le symptôme objecteur du sujet dyslexique », in *De la place (re)trouvée à la trace écrite*, Institut pédagogique d'enseignement rééducatif spécialisé (IPERS), octobre 2002.
109 Anne Lainé, « Le jeune enfant, ses parents et l'orthophoniste », in *Cet enfant a des parents !*, Institut pédagogique d'enseignement rééducatif spécialisé (IPERS), octobre 2003.

repérer, d'accepter des règles, en un mot de "grandir", avec la distanciation que cela implique[110]. »

Cette étape de séparation/individuation est accompagnée par l'entrée dans la fonction symbolique et la représentation mentale. Dans ce cadre, l'utilité de l'activité de jeu est précisément, pour la psychanalyse, d'aider l'enfant à accepter et maîtriser l'absence de l'objet, c'est-à-dire primitivement de la mère : « On pourrait considérer que le langage lui-même n'apparaît que lors des tentatives que fait l'enfant pour désigner l'objet absent à condition qu'il puisse être lié à l'activité ludique. Le langage sera alors utilisé par l'enfant avec plaisir. […] La communication précède le langage, mais le langage se développe grâce au plaisir de jouer[111]. » Pour entrer dans le symbolique et se créer des représentations mentales, c'est-à-dire pour devenir capable d'utiliser des mots, l'enfant doit accepter de se séparer et de se différencier de sa mère, donc jouir d'un environnement stable et non angoissant. « Un enfant ne peut penser à sa mère, se la représenter, que si elle ne "profite" pas du moment où il est plongé dans ses pensées pour s'absenter. […] se représenter l'objet, c'est s'en séparer[112]. » La formule de Lacan — « Le mot est le meurtre de la chose[113] » — exprime bien que la représentation, donc le langage, tout en permettant de continuer à faire exister l'objet en son absence, équivaut à une prise de distance avec cet objet. Un enfant sans accès au symbolique n'accède donc pas non plus au langage.

Par la suite, « apprendre à lire, c'est accepter une nouvelle distance à l'autre, qui devient l'autre de l'écrit, c'est accepter un code social (le code du déchiffrage) ; sans désir de plus grande autonomie, pas d'apprentissage possible. […] un nombre croissant d'enfants est en difficulté au CP en raison d'un certain manque de maturité. Leur désir d'apprendre à lire est

110 Thérèse Cuche, Michelle Sommer, *Une autre approche des retards de langage et des difficultés en lecture*, site Fédération des orthophonistes de France (perso.wanadoo.fr/f.o.f/page0.html#sommer).
111 Bertrand Welniarz, « Approche psychopathologique des troubles graves du langage oral chez l'enfant », in *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant* (*ANAE*), no 61, juillet 2001.
112 Maurice Berger, « Mémoire et interactions précoces », in *Plis et replis de la mémoire*, site FRIPSI (perso.wanadoo.fr/fripsi/accueilcolloques.htm).
113 Jacques Lacan, *Séminaire 1*, Seuil, 1954.

encore trop ambivalent. Ils ont des difficultés à accepter les limites, les règles et les codes[114]. » L'enfant doit donc à la fois comprendre l'utilité de l'écrit et « avoir le sentiment que l'on devient plus grand en maîtrisant un outil qui rend autonome, qui libère de la tutelle des adultes et qui permet de faire comme les adultes[115] ».

Dans le même temps, pour que l'enfant ressente ce désir, il faut qu'il éprouve un manque, la castration en psychanalyse, en renonçant à la fusion primordiale et à l'illusion de toute-puissance, par l'intervention du père, du tiers, de la loi sociale. L'entrée dans l'écrit permet et révèle à la fois l'autonomisation par rapport à la mère. Là se loge la notion de pulsion épistémophilique, c'est-à-dire le désir d'apprendre et de savoir, caractéristique de la période de latence qui succède à la résolution du complexe d'Œdipe : « Pour qu'un enfant s'engage dans les apprentissages, il faut qu'il se dégage de ses liens œdipiens[116]. »

Ainsi que l'exprime un instituteur, « on ne peut savoir où l'on va sans savoir d'où l'on vient. Mais apprendre, c'est quoi ? C'est décider tout seul de changer. De passer de "Je ne sais pas faire" à "Je sais faire", de "Je ne peux pas" à "Je peux". Et c'est difficile[117] ! » L'enfant doit, pour investir les autres et le monde, être suffisamment sûr de son identité. « Le bon rapport avec soi-même, l'estime de soi et l'estime de sa propre famille sont déterminants pour s'approprier les connaissances et pour utiliser les ressources instrumentales nécessaires à l'élaboration des fonctions cognitives et perceptives[118]. » L'enfant construit à cette période, si son histoire personnelle et les adultes de son entourage l'y autorisent, son « plaisir de pensée[119] », moteur de tous ses apprentissages ultérieurs. « L'acquisition de la lecture

114 Thérèse Cuche, Michelle Sommer, *Une autre approche des retards de langage et des difficultés en lecture*, site Fédération des orthophonistes de France (perso.wanadoo.fr/f.o.f/page0.html#sommer).
115 François Dubet, « Que faire des "lacunes" ? », in *La Montée de l'illettrisme et quelques pistes*, site Éducalire (www.educalire.net/LectMethodes.htm), novembre 2000.
116 Jeanine Pirard-Le Poupon, « Le symptôme objecteur du sujet dyslexique », in *De la place (re)trouvée à la trace écrite*, Institut pédagogique d'enseignement rééducatif spécialisé (IPERS), octobre 2002.
117 René Ballatore, « Apprendre, c'est une relation entre soi et les autres », in *Bulletin pédagogique de l'Institut varois de l'école moderne*, octobre 1999.
118 Francine Rosenbaum, *Approche transculturelle des troubles de la communication. Langage et migration*, Masson, 1997, p. 8.
119 S. de Mijolla-Mellor, *Le Plaisir de pensée*, PUF, 1992.

constitue le premier acte de l'appropriation du savoir des adultes et la première marque de reconnaissance par ces derniers de la place qu'ils veulent bien accorder à l'enfant[120]. » Celui-ci investit la connaissance pour s'identifier à l'adulte, renforçant ainsi la partie sociale et relationnelle de son individualité. Et il devient capable de répondre à la demande scolaire.

b. Des symptômes pour le dire

Dans cette perspective, comment comprendre le trouble de langage ?

On le considérera ici, non comme un dysfonctionnement instrumental isolé, mais comme l'expression, par la voie ordinaire de la communication — le langage —, d'un malaise de l'enfant : un signal de détresse, « […] qui témoigne d'une manière tellement essentielle de l'impossibilité à être, à être pleinement soi-même et participant de la chaîne de communication interpersonnelle[121] ». Autrement dit, un symptôme, porteur d'un message, chargé de sens.

Pour la psychanalyse, le refoulement dans l'inconscient de ce qui traumatise le sujet se traduit soit par un effet structurant (par exemple, la pulsion épistémophilique), soit par un symptôme (si le refoulement est mal réalisé, incomplet). Celui-ci constitue ainsi une tentative de résolution de problèmes qui n'ont pas pu être réglés de manière positive. À la fois témoin de conflits intrapsychiques et porteur d'un vécu de souffrance, il est une manière d'équilibrer une situation autrement insupportable et de se défendre contre un déséquilibre potentiel : « Tout trouble (bien qu'objectivement inefficace et subjectivement pénible) constitue une forme d'ordre[122]. » Voilà l'élément clé pour la compréhension psychodynamique du trouble de langage.

Sans son symptôme, l'enfant aurait le sentiment de ne pas exister : « [il] clame sa différence, il clame son existence face au déni parental ou face à une loi inacceptable ; mais en même

120 Nicole Catheline, *Psychopathologie de la scolarité*, Masson, 2003, p. 56.
121 Geneviève Dubois, *L'Enfant et son thérapeute du langage*, Masson, 1983, p. 122.
122 Serban Ionescu, *Quatorze approches de la psychopathologie*, Nathan, coll. « Université », 2000, p. 170.

temps il souffre de son symptôme et en souhaite la disparition ; ainsi, il se trouve pris au piège de son ambivalence. C'est pourquoi tant de troubles résistent aux meilleures bonnes volontés[123] ! » Le symptôme présente donc une utilité pour l'enfant ; il lui est nécessaire.

« Chaque culture génère ses symptômes. Aujourd'hui comment formule-t-on nos plaintes ? On craque, on stresse, on déprime, on somatise, avec une surenchère des anorexies-boulimies, des toxicomanies. Et chez les enfants les motifs de consultation concernent essentiellement les difficultés d'apprentissage scolaire corrélées à des troubles du comportement, défaut de concentration, hyperactivité, violence[124]. » Le langage étant à la fois révélateur de la qualité de structuration psychique d'un individu et mode d'expression et de relation de ce même individu, le trouble de langage se trouve ainsi inévitablement à la croisée de ces deux aspects.

« Le symptôme de langage a ceci de particulier qu'il fait, en quelque sorte, une double entrée sur le terrain de la communication : à la fois en tant que message (non verbal), mais aussi en affectant le code, l'outil même de la communication. Par le symptôme du langage, le sujet communique (inconsciemment) sa difficulté à communiquer[125]. » L'enfant semble par conséquent englué dans son symptôme, qui « se dit en empêchant de dire, puisque la parole est troublée. C'est là la singularité de cette voie d'expression. Elle parle à la place du sujet, par des maux, puisque les mots sont indicibles. […] Le symptôme est le seul moyen qu'a le sujet pour résoudre son problème. C'est la raison pour laquelle il y tient, et c'est là le premier bénéfice que l'enfant en tire[126]. »

À celui-ci s'ajoutent des bénéfices secondaires : plus d'intérêt et plus de temps accordés par les parents, ainsi que les bénéfices tirés par les parents du trouble de leur enfant, qui parfois traduit de cette manière une de leurs propres difficultés. Le symptôme de langage de l'enfant,

123 Geneviève Dubois, *Langage et communication*, Masson, 1990, p. 12.
124 Jeanine Pirard-Le Poupon, « Le symptôme objecteur du sujet dyslexique », in *De la place (re)trouvée à la trace écrite*, Institut pédagogique d'enseignement rééducatif spécialisé (IPERS), octobre 2002.
125 Geneviève Dubois, *Langage et communication*, Masson, 1990, pp. 1-2.
126 Maëlle Béguin, *Orthophonie et psychothérapie. Questions et limites de la pratique libérale*, mémoire d'orthophonie, Nantes, 2002.

révélant et dissimulant à la fois une souffrance personnelle, maternelle, paternelle ou plus largement familiale, s'avère donc dans tous les cas un message adressé aux parents. Ainsi, « l'enfant n'est souvent que le porte-parole des conflits parentaux[127] », remettant parfois en scène la souffrance des parents au niveau de leur propre langage. En outre, on constate un élément récurrent à « […] chaque fois qu'un enfant a été soumis à des relations avec un environnement primaire défectueux. L'enfant n'a pas alors la possibilité de manifester sa colère contre ses parents, soit parce qu'il craint une rétorsion, soit parce que ses parents lui paraissent tellement fragiles qu'il pense que ses attaques vont les détruire, soit parce qu'il n'a déjà que de si petits moments de contact avec eux qu'il ne peut pas prendre le risque d'une rupture du lien s'il montre sa rage. Alors quelle issue trouve-t-il à sa colère ? Il la retourne contre ce qui est à sa disposition, c'est-à-dire contre lui-même et plus précisément contre sa pensée, ce qui ne fait qu'aggraver ses difficultés […][128]. »

Il est alors difficile d'envisager une modification de cet équilibre, le *statu quo* étant préféré à l'inconnu du changement : « Toucher au symptôme de l'enfant, c'est déstabiliser l'organisation familiale[129]. » Dans tous les cas, « […] un symptôme portant sur le langage est, peu ou prou, le résultat de malentendus entre le patient et son monde environnant […] il suscite l'imaginaire de l'entourage, de l'école et souvent de l'orthophoniste, pressés, pour se réassurer, de fournir explications et sens là où justement ils échappent[130]. » C'est bien là que se situe la difficulté d'adhérer à cette vision du trouble de langage : « Un symptôme doit être considéré comme un texte sans contexte[131]. » Accepter l'incompréhension serait donc la première attitude « rééducative » adéquate…

---

127 Annie Birraux, *Psychopathologie de l'enfant*, In Press, 2001, p. 24.
128 Maurice Berger, « Mémoire et interactions précoces », in *Plis et replis de la mémoire*, site FRIPSI (perso.wanadoo.fr/fripsi/accueilcolloques.htm).
129 Jeanine Pirard-Le Poupon, « Le symptôme objecteur du sujet dyslexique », in *De la place (re)trouvée à la trace écrite*, Institut pédagogique d'enseignement rééducatif spécialisé (IPERS), octobre 2002.
130 Jacques Dupressy, *Plaidoyer pour une pluralité des références en orthophonie*, site Fédération des orthophonistes de France (perso.wanadoo.fr/f.o.f/page0.html#dupressy).
131 Tobie Nathan, *L'Influence qui guérit*, Odile Jacob, 1994, p. 301.

c. Attitudes parentales à risques

Citons pour commencer la vision originale de François Le Huche : « Il serait bon […] de concevoir l'étiologie de la dyslexie selon le schéma en trois volets qui a fait ses preuves dans d'autres domaines voisins (bégaiements, dysphonies dysfonctionnelles…) où l'on considère des facteurs prédisposants, des facteurs déclenchants et des mécanismes de chronicisation. On aurait ainsi : 1. des facteurs prédisposants constitués aussi bien selon les cas par des problèmes organiques concernant le système nerveux et son fonctionnement (structurels ou non) ou des problèmes d'ordre psychologique concernant en particulier la fonction symbolique ; 2. un facteur déclenchant résultant d'une rencontre traumatisante avec le domaine de l'écrit ; 3. un mécanisme de chronicisation résultant des stratégies déviantes inventées par l'enfant pour faire face à son problème[132]. » « L'invention de ces stratégies est évidemment favorisée par une pédagogie de style scolaire, où la correction formelle compte plus que la qualité de la communication. Elle intervient aussi lorsque l'enfant, soumis à une pression psychologique importante, s'interdit toute erreur[133]. »

Examinons maintenant les situations et les comportements éducatifs pourvoyeurs de troubles de langage, c'est-à-dire à partir desquels les enfants développent des symptômes protecteurs. Des chercheurs ont tenté de dégager des constantes dans la situation affective des enfants en difficulté de langage oral ou écrit. Dans une étude sur des enfants porteurs d'une dyslexie qualifiée de spécifique, on relève « la fréquence de situations conjugales complexes et d'incidents traumatiques (séparations, décès, ruptures) au moment des premiers apprentissages[134] ». Une enquête, menée en 1989 par la Direction de l'évaluation et de la prospective du ministère de l'Éducation nationale auprès d'élèves de sixième, met en valeur

132 François Le Huche, *Neuropsychologie et dyslexie*, site Fédération des orthophonistes de France (perso.wanadoo.fr/f.o.f/page0.html#huche).
133 François Le Huche, « L'enfant est l'acteur principal de ses déviances », in *Orthomagazine*, no 38, janvier-février 2002, pp. 32-33.
134 Claire Meljac, Marie Kugler, Évelyne Lenoble, « Dyslexies », in *Psychologie et éducation*, no 47, décembre 2001.

l'impact négatif de la séparation des parents sur les résultats scolaires[135]. Une évaluation américaine auprès d'enfants de quatre ans, à l'aide de l'échelle de développement de l'enfant McCarthy[136], indique que le développement cognitif s'avère nettement inférieur chez les enfants dont la mère a souffert d'une dépression du *post-partum*[137]…

Partons de la proposition suivante : « Toutes les souffrances infligées au bébé ou à l'enfant compromettent son développement somato-psychique et donc intellectuel : […] des aptitudes pourront ne pas s'exprimer parce que les conditions qui président à leur éveil auront été traumatiques ou, au minimum, sources de déplaisir[138]. » Il est donc nécessaire, pour aborder les causes psychodynamiques des troubles de langage, de tenir compte « de la qualité de [l']investissement de l'enfant [par ses parents], de la place qu'ils lui font dans le monde, des projections dont ils le nourrissent et des espaces qu'ils lui assignent ou dont ils le privent[139] ». Plus précisément, ainsi que l'exprime une thérapeute du langage : « L'enfant porteur de troubles du langage, quelle qu'en soit l'origine, a été carencé très précocément au niveau de sa communication première avec la mère, et ensuite avec le monde extérieur. Qu'il y ait eu état fusionnel ou excès de distance, incompatibilité des rythmes entre la mère et l'enfant, rupture de la communication pour une cause extérieure, état dépressif, impossibilité d'échanges véritables, obstacle majeur d'ordre organique à la communication, une "aire transitionnelle" n'a pu se créer[140]. » On est alors en présence d'un « langage-objet, qui n'a pu prendre son envol vers la fonction symbolique, ou imparfaitement : englué dans le concret ou dans la représentation imaginaire, il n'a pas atteint le lieu du symbolique pour planer avec aisance. […] C'est bien en effet cette fonction symbolique qui est enrayée chez la plupart des sujets,

135 Voir Claude Thélot, Claudine Peretti, « Échec scolaire, échec de l'école ? », in *Informations sociales*, no 59.
136 Dorothea McCarthy, *Échelles d'aptitudes pour enfants*, Centre de psychologie appliquée, 1976.
137 Voir S.R. Cogill *et al.*, « Impact of maternal post-natal depression on cognitive development in young children », in *Boston Medical Journal*, no 292, pp. 1165-1167, 1986, cités par Jacques Dayan, *Psychopathologie de la périnatalité*, Masson, coll. « Les âges de la vie », 1999.
138 Annie Birraux, *Psychopathologie de l'enfant*, In Press, 2001, p. 201.
139 Annie Birraux, *Psychopathologie de l'enfant*, In Press, 2001, pp. 17-18.
140 Geneviève Dubois, *L'Enfant et son thérapeute du langage*, Masson, 1983, p. 110.

enfants ou adultes, que nous recevons, à des degrés divers, qu'il s'agisse du langage oral ou écrit[141]. »

Détaillons pour commencer les situations pathogènes à l'origine de troubles de langage oral. Contrairement à la tendance actuelle au tout-organique, dès les premières descriptions de la dysphasie par Julian de Ajuriaguerra, neuropsychiatre, l'auteur associa le trouble à des perturbations affectives précoces[142]. Aujourd'hui, Bertrand Welniarz, psychiatre, estime que « […] la dysphasie isolée est tellement rare qu'elle ne mérite certainement pas le battage qu'on mène autour d'elle » : « […] l'enfant simplement dysphasique, c'est-à-dire un enfant présentant d'importants troubles du langage et qui ne présenterait pas de profondes perturbations psycho-affectives, n'existe pas[143]. »

En se référant aux étapes d'émergence du langage que sont la naissance du sens, la séparation/individuation et l'accès à la fonction symbolique, « […] on peut aisément repérer trois situations qui pourront potentiellement inhiber le développement du langage : au cours de la première enfance, le babil, les expériences motrices, n'ont pas été repris dans le discours maternel ; l'enfant ne peut pas supporter l'angoisse ou la tension liée à l'absence de la mère, lorsque la séparation n'est pas élaborable, que l'enfant ne peut pas la penser ; l'enfant ne joue pas, ne peut pas jouer, ne sait pas jouer, les phénomènes de transitionnalité sont en échec[144]. »

Il est important d'ajouter que certains chercheurs[145] sont convaincus d'un *continuum* entre dysphasie et troubles envahissants du développement à type autistique.

---

141 Geneviève Dubois, *Langage et communication*, Masson, 1990, p. 75.
142 Voir Julian de Ajuriaguerra *et al.*, « Le groupe des audimutités », in *Psychiatrie de l'enfant*, no 1, pp. 7-61, 1958.
143 Bertrand Welniarz, « Approche psychopathologique des troubles graves du langage oral chez l'enfant », in *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant* (*ANAE*), no 61, juillet 2001.
144 Bertrand Welniarz, « Approche psychopathologique des troubles graves du langage oral chez l'enfant », in *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant* (*ANAE*), no 61, juillet 2001.
145 Voir D.V.M. Bishop, « Development of the Children's Communication Checklist (CCC) : a method for assessing qualitative aspects of communicative impairment in children », in *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, no 39, pp. 879-891, 1998, cité par Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), *L'Orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans*, mai 2001, p. 46.

Les dysphasies non psychotiques (c'est-à-dire hors autisme) seraient à intégrer dans les défaillances de l'organisation narcissique primaire et de la représentation de soi (les enfants dysphasiques présentent en effet souvent des perturbations de l'image du corps, de la latéralité, de l'espace et du temps, d'où entre autres une imprécision de leur syntaxe)[146]. On trouve donc de nombreux troubles de langage parmi les enfants qui ont subi des défauts d'étayage, des carences (discontinuité affective, placement, dépression maternelle…)[147]. Précisons que la situation d'absence de la mère s'avère plus fréquente qu'on pourrait le penser, notamment par la généralisation de la garde du nourrisson par une tierce personne. « Ici, les troubles de l'expression orale peuvent être mis en rapport avec, d'une part, l'angoisse de séparation ou angoisse de perte d'objet qui fait obstacle au jeu de la symbolisation permettant de représenter l'objet absent et, d'autre part, avec le manque de plaisir pris par l'enfant aux activités ludiques[148]. » Ces enfants ne cherchent pas à « faire d'une expression fonctionnelle une expression personnelle » : les mots ne sont que des « instruments opératoires » ; ils « peuvent désigner des choses mais celles-ci semblent ne pas faire l'objet d'une pensée[149] ». Lorsque l'on resitue les troubles dans leur dimension intersubjective, deux axes peuvent donc expliquer la dysphasie : la difficulté du processus de séparation ; la difficulté d'accès à la symbolisation[150].

Nécessairement, « […] l'enfant dysphasique contraint ses parents à établir un mode de relation particulier avec lui ». Dans certains cas, pour la mère et pour l'enfant, « le langage utilisé sous forme de jargon a le rôle de maintenir une relation fusionnelle au lieu de favoriser l'autonomisation. L'enfant ne quitte jamais sa famille car "on ne pourrait pas le comprendre". » Dans d'autres cas, au contraire, « l'enfant peut ressentir une véritable pression

146 Voir Michel Bernardi, « Dysphasie, organisation narcissique et soi verbal », in *Psychiatrie de l'enfant*, vol. 42, no 1, pp. 173-210, 1999.
147 Voir Roger Misès, *Les Pathologies limites de l'enfance*, PUF, 1990.
148 Bertrand Welniarz, « Approche psychopathologique des troubles graves du langage oral chez l'enfant », in *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant* (*ANAE*), no 61, juillet 2001.
149 Annie Birraux, *Psychopathologie de l'enfant*, In Press, 2001, p. 182.
150 Voir Nicole Catheline, *Psychopathologie de la scolarité*, Masson, 2003.

sur le langage qui vise à perfectionner la forme alors qu'il a l'impression qu'on n'accorde pas toute l'importance au sens de son message. Ce type de relation peut conduire à une conflictualisation du langage et à une opposition active ou passive de l'enfant[151]. »

Passons aux difficultés de langage écrit. Là encore, bien que « […] les perturbations affectives (certes difficilement "mesurables") [soient] retrouvées avec une fréquence non négligeable, nous dirions même avec une constance certaine[152] », l'affectivité reste « la grande absente des recherches internationales sur la dyslexie développementale[153] ». Pourtant, la dyslexie paraît le plus souvent associée à un trouble de la symbolisation (la représentation mentale par le mot, oral ou écrit, faisant resurgir les angoisses d'abandon) et au refus de la règle sociale. Le code écrit fait en effet partie des lois de la société, pour l'intégration desquelles le rôle du père est nécessaire. Mais, en cas de confusion dans l'histoire familiale, de secret sur la filiation ou les origines, de distorsions dans la place de chacun dans la famille, l'enfant se trouve dans l'incapacité à trouver son identité et à se situer au sein d'un ordre familial et social.

Pour préserver son propre équilibre psychique, l'enfant se met en devoir de protéger ses parents, ainsi que l'identité et l'organisation familiales. Devant un message contradictoire de sa famille (« Apprends mais ne cherche pas à remettre en cause ce que nous te disons, apprends mais ne cherche pas à en savoir plus que nous, à penser d'une autre façon, apprends mais ne cherche pas à savoir ce que nous ne te disons pas, apprends mais ne grandis pas trop vite, ne te sépare pas de nous[154]… »), il ne peut se mettre en conflit avec ceux qui ont le plus d'importance pour lui. « Laisser un enfant accéder au savoir, c'est encourir des risques : par exemple, celui que l'enfant découvre des choses interdites ou en vienne à savoir plus de

151 Bertrand Welniarz, « Approche psychopathologique des troubles graves du langage oral chez l'enfant », in *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant* (*ANAE*), no 61, juillet 2001.
152 Geneviève Dubois, *L'Enfant et son thérapeute du langage*, Masson, 1983, pp. 29-30.
153 Monique Plaza, « Dyslexies de développement : perspective clinique, investigations expérimentales », in *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant* (*ANAE*), nos 62-63, 2001.
154 Serge Boimare, *L'Enfant et la Peur d'apprendre*, Dunod, 2004, pp. 184-185.

choses que les parents eux-mêmes et ainsi s'éloigne de la famille[155]. » Si l'un des parents a connu un échec scolaire, l'enfant, par loyauté, peut vouloir maintenir la proximité avec ce parent par son propre échec. Il arrive en effet que, bien qu'ils attendent une réparation narcissique par l'intermédiaire de leur enfant, certains parents craignent inconsciemment de voir ce dernier devenir trop différent d'eux par sa réussite scolaire : « Certains enfants adhèrent à ce "mandat familial" au prix d'une limitation de leurs compétences[156]. » Effectivement, « un enfant qui sait lire est autonome : il n'a plus besoin de l'adulte entre lui et l'écrit[157]. » Le danger de lire, pour l'enfant et sa famille, est donc celui de la prise d'autonomie, du fait de grandir, ce qui peut faire souffrir la mère. Il existe une « étroite interdépendance entre le degré d'autonomie psycho-affective et l'appropriation de la lecture[158] ». Par la suite, le souvenir de l'échec pourra rester présent, entravant les nouvelles tentatives de l'enfant.

Par ailleurs, l'enfant peut être dans l'incapacité à se mobiliser pour les apprentissages, à maîtriser de nouvelles expériences, car cela voudrait dire s'éloigner de sa famille, à laquelle il est lié par une angoisse, un sentiment d'insécurité affective, une menace de perte d'identité, notamment en cas de difficultés familiales (ses capacités d'attention sont alors totalement mobilisées par cette situation) ou lorsque les parents eux-mêmes projettent leur angoisse sur l'enfant (qui n'entend plus l'enseignant, mais indirectement ses parents qui lui font sans cesse des recommandations). « Un certain nombre d'enfants hyperanxieux ne tolèrent pas l'incertitude et doivent avoir immédiatement une réponse. Quand on ne peut tolérer l'incertitude, on ne peut apprendre[159]. » L'intervention maternelle excessive, la surprotection, peut par conséquent induire une inhibition des possibilités d'exploration et de réalisation de

155 Nicole Catheline, *Psychopathologie de la scolarité*, Masson, 2003, p. 56.
156 Nicole Catheline, *Psychopathologie de la scolarité*, Masson, 2003, p. 103.
157 Francine Rosenbaum, *Approche transculturelle des troubles de la communication. Langage et migration*, Masson, 1997, p. 57.
158 G. Wyatt, *La Relation mère-enfant et l'Acquisition du langage*, Dessart, 1969, cité par Francine Rosenbaum, *Approche transculturelle des troubles de la communication. Langage et migration*, Masson, 1997, p. 102.
159 D. Marcelli, *La Jouissance de l'ignorance, la perversité de savoir : où va la relation pédagogique ?*, 1998, cité par Nicole Catheline, *Psychopathologie de la scolarité*, Masson, 2003, p. 61.

l'enfant, un manque de motivation pour la réussite : « Les antécédents de phobie scolaire retrouvent souvent des anxiétés de séparation pathologiques[160]. »

L'enfant est donc tiraillé entre son envie d'autonomie et les liens ou les angoisses qui l'enchaînent. C'est ainsi que l'empêchement de penser, cause des inhibitions de la lecture, résulte d'un conflit entre un désir et une crainte. S'il existe un savoir interdit (secret de famille, confusion des générations…), l'enfant ne prendra pas le risque de s'en approcher. L'inhibition intellectuelle, « contre-force déployée par l'individu pour faire obstacle à des réalisations inacceptables dans l'économie du sujet[161] », est « la vraie névrose de l'enfant[162] » : elle est la conséquence de la faillite des contre-investissements pendant la période de latence et du gel de l'appareil psychique. Les pulsions œdipiennes, libidinales et agressives, sont vécues comme trop angoissantes par l'enfant, qui limite ou paralyse sa pensée pour se défendre contre une spontanéité dangereuse. Une culpabilité est associée au désir de savoir ; une menace de castration est liée au fait de s'approprier le savoir du père. Dans tous les cas, l'enfant ne sera pas capable de se mettre en situation d'apprentissage.

Serge Boimare, enseignant spécialisé et psychologue, analyse avec clarté cette impasse dans laquelle se bloquent les enfants qui ont « peur d'apprendre[163] » et qui évitent de penser afin de défendre une relative stabilité psychique. « Penser est un exercice périlleux pour ceux qui sont arrivés à un équilibre précaire en fermant les issues pour ne plus voir ce qui leur fait peur. […] apprendre n'est plus pour eux une opération simple, c'est aussi la remise en cause, au moins partielle, d'une façon d'être[164]. » En effet, les situations d'apprentissage, notamment la toute première qui concerne la lecture, mettent l'enfant devant le manque (il ne possède pas encore le savoir), la règle (celle du code écrit, énoncée par l'autorité de l'enseignant) et

160 Nicole Catheline, *Psychopathologie de la scolarité*, Masson, 2003, p. 14.
161 Nicole Catheline, *Psychopathologie de la scolarité*, Masson, 2003, p. 92.
162 Serge Lebovici, cité par Annie Birraux, *Psychopathologie de l'enfant*, In Press, 2001.
163 Voir Serge Boimare, *L'Enfant et la Peur d'apprendre*, Dunod, 2004. Le développement qui suit est inspiré de cet ouvrage.
164 Serge Boimare, *L'Enfant et la Peur d'apprendre*, Dunod, 2004, pp. 135-136, 183.

l'incertitude (va-t-il réussir et comment ?). La rencontre de ces trois réalités peut — pour un enfant qui connaît un cadre de vie insécurisant, qui ne s'est pas dégagé des liens œdipiens, qui n'a pas été confronté par ses parents à la frustration ou qui vit une situation familiale de secret, de non-dit, d'interdit de savoir — faire surgir des peurs archaïques : respectivement la menace de castration, la soumission à la toute-puissance de la mère et l'angoisse d'abandon. « C'est donc pour ne pas revivre à cause de la situation d'apprentissage des craintes de nourrisson qui n'ont jamais été dépassées que ces enfants préfèrent ne plus accorder leur intérêt, gâcher par avance l'objet de l'étude et le cadre qui l'impose[165]. » Le chemin même de la connaissance, en tant que passage obligé par leur monde interne, par leurs représentations et non leurs perceptions, est trop risqué pour l'équilibre psychique de ces enfants : « Savoir, oui ; apprendre et penser, non […]. Ces enfants […] ne veulent surtout pas sortir des chemins directs de la connaissance, […] ne veulent pas aller au-delà du voir et de l'entendre pour savoir[166]. » L'enfant élabore donc toute une panoplie de stratégies de fuite : agitation motrice, malaise, bavardage, agressivité… Ne pouvant se mettre dans la situation de celui qui ne sait pas, il n'accède jamais aux nouvelles connaissances.

Plus précisément, Maurice Berger[167], psychiatre et psychanalyste, examine les différents stades auxquels carences ou excès d'investissement parental de l'enfant sont susceptibles de freiner son développemement cognitif, et par conséquent celui de son langage oral et écrit.

En premier lieu, si le corps de l'enfant est investi de façon pauvre ou chaotique lors de la toute petite enfance, peut apparaître une difficulté de représentation de soi. L'instabilité et le manque de fiabilité de l'univers du tout-petit ne lui permettent pas d'intégrer suffisamment d'expériences sensorimotrices et de construire des repères constants, d'où la survenue de

165 Serge Boimare, *L'Enfant et la Peur d'apprendre*, Dunod, 2004, p. 95.
166 Serge Boimare, « Lire les mythes pour guérir la peur d'apprendre », in *Cahiers pédagogiques*, nos 429-430, janvier 2005.
167 Voir Maurice Berger, *Les Troubles du développement cognitif. Approche thérapeutique chez l'enfant et l'adolescent*, Dunod, coll. « Enfances », 2004. Le développement qui suit est inspiré de cet ouvrage.

problèmes instrumentaux en rapport avec l'espace, le temps, la latéralité, le schéma corporel, la maturité motrice…

Dans d'autres cas, les situations de menace d'abandon, de discontinuité, lorsque les parents ne gardent pas l'enfant présent dans leur esprit, peuvent induire une pathologie du narcissisme primaire. Incapable de se créer des représentations mentales — car on ne peut « penser à » et « être avec » au même instant —, l'enfant reste dans le perceptif, à la recherche permanente d'un attachement avec l'adulte, sans accès au symbolique.

Inversement, si le corps de l'enfant est trop investi, sur un mode rigide de contrôle, de forçage (alimentaire, de la propreté sphinctérienne, des rythmes, éducatif, pédagogique), peut surgir une difficulté d'appropriation[168]. Or le processus d'apprentissage repose précisément sur le désir de s'approprier activement les règles du monde. Mais dans ce cas, par confusion de la part de l'enfant entre forçage et effort personnel, des problèmes de mémoire s'associent logiquement à une passivité réactionnelle et à une inertie face aux demandes de l'adulte. L'enfant peut parfois être amené à répondre volontairement faux à une question de l'adulte pour être sûr qu'il exprime sa propre pensée. Ces « anorexiques scolaires », « pris dans une société de la performance, du trop-plein, et qui expriment leur malaise dans l'échec, manière de refaire du manque », tentent de retrouver une place de « sujets désirants[169] ».

L'apprentissage devient un terrain de résistance : l'enfant ne sait pas s'il apprend pour lui ou pour ses parents. « Il faut souligner ici l'aspect souvent méconnu de cette pathologie qui représente la cause d'environ 10 % des échecs en cours préparatoire. […] Dans toutes les familles qui présentent ce fonctionnement, les parents sont parfaitement insérés socialement[170]. » On peut évoquer à ce propos les enfants de parents exerçant une activité

168 L'appropriation est la capacité à prendre en soi et à garder ou lâcher ce qui vient de l'extérieur pour ne plus en être dépendant.

169 Jeanine Pirard-Le Poupon, « Le symptôme objecteur du sujet dyslexique », in *De la place (re)trouvée à la trace écrite*, Institut pédagogique d'enseignement rééducatif spécialisé (IPERS), octobre 2002.

170 Maurice Berger, *Les Troubles du développement cognitif. Approche thérapeutique chez l'enfant et l'adolescent*, Dunod, coll. « Enfances », 2004, p. 130, 142.

intellectuelle, qui sont souvent ceux pour lesquels les troubles de langage oral ou écrit ont tendance à être interprétés comme « sans cause évidente », donc *évidemment* d'origine organique : ces enfants pourraient bien choisir le terrain du langage, très investi par leurs parents, pour exprimer un malaise, quel qu'il soit. C'est parce que l'enfant « a très bien compris quel sens [la lecture] revêt aux yeux de ses parents qu'il se refuse à son apprentissage[171] ». Jacques Fijalkow note d'ailleurs à ce sujet le fait que les responsables des associations de parents d'enfants dyslexiques ou dysphasiques font souvent partie des professions en rapport avec le langage, l'écrit et le savoir.

En dernier lieu, le défaut ou l'excès de mise en valeur de l'enfant par ses parents peut faire survenir une fragilité narcissique[172], selon deux modalités opposées. D'une part, si l'enfant n'est pas assez adulé par ses parents, il développe un sentiment de fragilité, de sous-estimation de soi, et lutte contre cette pensée en augmentant la valeur qu'il se donne à lui-même. Dès lors, devoir apprendre ce que d'autres savent déjà (c'est-à-dire dépendre des autres pour apprendre) est considéré comme un signe inacceptable d'imperfection. L'enfant veut donc aller trop vite, sans aide, ce qui le mène à l'échec. D'autre part, si l'enfant est au contraire considéré comme parfait par ses parents, chargé parfois de réaliser leurs propres désirs d'enfants, et par conséquent surprotégé contre les blessures d'amour-propre, il élabore un sentiment de surestimation de soi. Cela se retrouve « dans tous les milieux, y compris et peut-être davantage chez ceux qui sont favorisés sur le plan social[173] ». Ne reconnaissant jamais ses difficultés, il trouve toujours des raisons à ses insuffisances, refuse de se soumettre à un effort, ce qui le mène lui aussi à l'échec.

171 Jacques Fijalkow, « Dyslexie : le retour », in *Psychologie et éducation*, no 47, décembre 2001.
172 Le narcissisme est le sentiment d'avoir une certaine valeur à ses propres yeux et aux yeux des autres.
173 Serge Boimare, *L'Enfant et la Peur d'apprendre*, Dunod, 2004, pp. 30-31.

III. Et l'orthophoniste ?

« Sur la base de notre expérience, nous dirions volontiers que l'inné y représente 100 %, et 100 % l'acquis. Ou, ce qui revient au même, que rien n'est "inné" et rien n'est "acquis". […] l'acquis ne se trouve jamais acquis que grâce à l'inné, qui lui-même s'avère toujours à façonner par l'acquis ! […] il s'agit bien de deux "conceptions du monde", deux représentations de l'homme qui s'affrontent. Et voilà pourquoi il n'y a aucune manière de trancher scientifiquement un tel débat. Si vous pensez que l'inné prédomine, cela signifie que vous tenez l'homme pour soumis à la loi de l'univers, en l'occurrence à la loi des chromosomes… Et, comme il règne une certaine inégalité parmi les hommes, vous l'expliquez par l'inégalité desdits chromosomes. Si au contraire vous avez l'idée que c'est le milieu ou, comme on dit aujourd'hui, l'environnement qui est déterminant, vous "dématérialisez" ou, en tout cas, vous "débiologisez" l'homme. Du coup, vous pensez qu'en modifiant le milieu vous pouvez changer l'inégalité entre les hommes, voire l'homme lui-même pour l'améliorer. Cette représentation vous engage socialement : vous manifestez, vous luttez… Il n'y a pas un gramme de science là-dedans ni d'un côté ni de l'autre. Il s'agit de philosophie intime ! Le drame, c'est que cette philosophie, l'État peut s'en emparer pour l'officialiser[174]. »

Boris Cyrulnik énonce clairement à quel point nos représentations de l'homme découlent de facteurs bien indépendants de toutes les démonstrations scientifiques. Ces deux modes d'explication du monde dominent de même tour à tour la prise en charge « du fou ou du handicapé[175] », ainsi que l'a analysé Michel Foucault. La question qui nous intéresse, en tant qu'orthophonistes face à des enfants en difficulté de langage oral ou écrit, n'est donc peut-être pas « celle de la vérité, mais des effets que produisent des représentations dont on sait qu'elles sont agissantes aussi bien dans le discours individuel que dans le discours collectif. […] Une

174 Boris Cyrulnik, *La Naissance du sens*, Hachette, coll. « Littératures », 1995, pp. 91-93.
175 Voir Michel Foucault, « Les anormaux », in *Cours au Collège de France (1974-1975)*, Gallimard/Seuil, 1999.

hypothèse génétique pensée comme univoque, imaginée comme cause du trouble, fait courir le risque que le sujet porteur ne se trouve pris dans cette image, comme si elle rendait compte absolument de ce qu'il est, en évacuant sa singularité et l'intersubjectivité néanmoins à l'œuvre. Du coup, la perception des distorsions interactives, la réflexion sur l'économie et la signification des conduites, n'a plus lieu d'être. Le "toujours-déjà-là" de la pathologie inscrit l'enfant vulnérable dans une prédiction négative, avec un risque […] d'enkystement inexorable des troubles[176]. »

La généralisation actuelle de la thèse étiologique structurelle des dysphasies et dyslexies tend ainsi à répandre, quel que soit le degré de trouble de langage oral ou écrit, une prise en compte du seul symptôme langagier, de même qu'une prise en charge du seul enfant pathologique, mettant de côté respectivement le caractère global de la personnalité d'un individu, ainsi que son insertion dans un environnement familial et social organisé. Pourtant, « […] s'attacher à la seule dimension de handicap expose les rééducateurs à n'avoir qu'une vision partielle des problèmes et explique bien des blocages, des oppositions, des traitements qui traînent en longueur avec de maigres résultats parfois, dans un climat de malaise réciproque[177] ». Freud « se méfiait de la *furor sanandi*, la fureur de guérir. Guérir au sens où le sujet intégrerait ou réintégrerait la norme, s'adapterait, cependant que ses symptômes disparaîtraient. La place trouvée ou à retrouver, la place du sujet, contredit ce fantasme d'objectivation ; de telles méthodes ne peuvent que renforcer le symptôme[178]. »

Attention donc au risque de considérer le symptôme comme un dysfonctionnement et de réduire l'enfant à son trouble de langage. La pratique orthophonique rééducative d'aujourd'hui ne revient-elle pas pourtant à une sorte de forçage pédagogique, dans une incompréhension du message et des implications émotionnelles du trouble ? C'est cette

176 Nicole Steinberg, « Les hypothèses génétiques dans la maladie mentale de l'enfant : destin fatal ? », in *Génomique-génoéthique et anthropologie*, Montréal, octobre 2004.
177 Geneviève Dubois, *Langage et communication*, Masson, 1990, p. 26.
178 Jeanine Pirard-Le Poupon, « Le symptôme objecteur du sujet dyslexique », in *De la place (re)trouvée à la trace écrite*, Institut pédagogique d'enseignement rééducatif spécialisé (IPERS), octobre 2002.

attaque frontale du symptôme qui paraît douteuse et possiblement inappropriée pour un grand nombre d'enfants, dans la mesure où leurs difficultés ne s'origineraient pas dans une anomalie organique, mais seraient d'ordre environnemental, résultant d'une histoire et d'un contexte ayant créé une économie psychique dont le symptôme est un des éléments équilibrateurs essentiels. Mais cette notion d'équilibre peut faire illusion, par le fait même que les causes originelles des troubles de langage ne sont pas toujours directement accessibles, du moins pas à l'issue d'une anamnèse rapide de bilan orthophonique, et par là même faire adhérer le praticien à une explication organique à laquelle « on ne peut rien », tout paraissant ainsi cohérent. « […] si nous ne voulons pas prendre en compte, dans les aides diverses que nous proposons à ces enfants, la nécessité de renforcer [les] capacités psychiques fortement sollicitées par l'apprentissage de la lecture et que nous nous entêtons à privilégier un travail laborieux autour des insuffisances de l'instrument, c'est nous qui allons contribuer à sceller ces destins de mauvais lecteurs[179]. »

Qu'en est-il donc de la place de l'orthophoniste dans ce contexte ?

Une enquête parallèle à l'enquête principale a été menée auprès des orthophonistes rencontrés. Il s'agissait de connaître leur réponse, à la fin de l'entretien, à la question suivante : « Pensez-vous que ce que nous venons d'évoquer sur la situation familiale et sociale des enfants peut faire partie des causes de leurs troubles de langage oral et écrit ? » Signalons l'âge moyen de ces orthophonistes : un peu moins de 41 ans (avec un écart-type de 9,73, un minimum de 25 ans, un maximum de 57 ans), ainsi que la durée totale moyenne de leur pratique : un peu plus de 15 ans (avec un écart-type de 10,68, un minimum de 2 ans, un maximum de 35 ans). Sur 22 orthophonistes, 4 (18,2 %) ont répondu spontanément « non », 3 (13,6 %) ont répondu « non » après hésitation, 15 (68,2 %) ont répondu spontanément « oui », qui constitue donc l'opinion très majoritaire. Il était attendu que le nombre d'années

179 Serge Boimare, *L'Enfant et la Peur d'apprendre*, Dunod, 2004, p. 168.

d'expérience pourrait modifier la réponse à la question, mais l'âge et la durée de la pratique ne semblent pas avoir d'influence sur l'opinion de ces orthophonistes.

Leurs commentaires, en revanche, tout au long des entretiens et à l'abord de cette question, montrent que la plupart d'entre eux se sentent à la fois concernés et impuissants face aux conditions dans lesquelles vivent beaucoup d'enfants qu'ils reçoivent : situations matérielles précaires, environnements culturels carencés, déséquilibres familiaux de toutes sortes… Le terme de « parasite », utilisé par l'une d'entre ces orthophonistes pour qualifier ces conditions, semble résumer l'opinion de ceux qui se disent convaincus de l'action néfaste de ces dernières sur le bon développemement du langage oral et écrit des enfants. Cette problématique s'avère donc très présente dans leur réflexion, mais ne semble pas centrale dans leur prise en charge des enfants en difficulté de langage.

Il existe pourtant des pistes à explorer. Les Ateliers des thérapeutes du langage et de la communication tentent d'établir un pont entre pratiques rééducatives et concepts psychanalytiques ; la Pédagogie relationnelle du langage donne la première place à la communication et à l'expression dans la relation thérapeutique ; la pratique de Serge Boimare utilise la médiation culturelle des contes, des récits mythologiques ou de Jules Verne pour dépasser les craintes archaïques par le travail de la pensée.

L'implication des parents, en tant que responsables de leur enfant, c'est-à-dire de son passé et de son présent avec les symptômes qui en découlent, mais également de son avenir, car ils peuvent être partie prenante de la thérapie du langage entreprise, paraît essentielle.

Il est nécessaire de prendre en compte le fait que certains enfants ne répondent pas aux motivations habituelles de l'apprentissage : désir de grandir, de construire, plaisir de connaître, de s'identifier à l'adulte… « Le pauvre pédagogue alors ne peut plus être celui qui veut du bien, il devient celui qui cherche à empoisonner, à déstabiliser. Comme la situation qu'il veut imposer ne peut être que source de malaise et de déséquilibre, la dépendance

passagère et normale qu'il réclame pour transmettre des connaissances peut aussi bien être perçue comme une lutte pour le pouvoir, comme une tentative de soumission mais aussi parfois de séduction, d'intrusion, de pénétration, autant d'inquiétudes qui empêchent de trouver la bonne distance. Autant de liens qui pervertissent la relation entre celui qui devrait guider et celui qui est censé vouloir être guidé[180]. »

C'est donc bien par sa façon d'aborder le symptôme que l'orthophoniste, délaissant les stratégies de l'école ou des parents, peut permettre à l'enfant de réaccéder à la primauté du sens et de la communication, préalable à toute action sur la forme.

180 Serge Boimare, *L'Enfant et la Peur d'apprendre*, Dunod, 2004, pp. 129-130.

B. Enquête

L'opinion au départ de cette étude est, comme on l'a vu dans ce qui précède, un doute profond quant à l'existence de pathologies d'origine organique du langage oral ou écrit en dehors des causes considérées comme évidentes. Il s'agit donc d'établir que les facteurs environnementaux jouent un rôle fondamental dans l'émergence des difficultés de langage, quel que soit le degré de sévérité de ces difficultés.

I. Méthodologie

L'objectif est de réaliser une typologie sociale et familiale des enfants pris en charge en orthophonie pour des troubles de langage oral ou écrit, puis de comparer ces données avec les chiffres connus de la population générale.

1. Population

En référence aux définitions classiquement admises, les critères d'inclusion dans l'échantillon sont :

. l'existence d'un trouble de langage oral ou écrit : trouble d'articulation, retard de parole, retard de langage, dysphasie, dyslexie, dysorthographie ou dysgraphie ;

. la prise en charge en séances d'orthophonie ;

. la résidence dans la commune de Montpellier.

Les critères d'exclusion sont :

. une surdité ;

. une lésion cérébrale acquise ;

. une déficience mentale ;

. un trouble envahissant du développement.

Les carences, affective, éducative ou pédagogique, n'ont pas été exclues, car elles paraissent en effet totalement indéfinissables de façon objective *a posteriori*.

2. Questionnaire

Les questions abordées tentent de passer en revue toutes les situations de la vie passée et actuelle des enfants[181] :

. sexe ;

. âge ;

. classe ;

. type de trouble de langage ;

. origine ;

. langue parlée à la maison ;

. autres membres de la famille atteints de troubles de langage ;

. profession du père et de la mère ;

. quartier d'habitation ;

. vit avec quels parents ;

. nombre de frères et sœurs ;

. place dans la fratrie ;

. divorce/séparation des parents (et âge de l'enfant lors de l'événement) ;

. autre événement traumatique dans l'entourage (accident, maladie, décès, alcoolisme, chômage, dépression parentale, adoption, maltraitance, etc.) ;

. qui l'accompagne chez l'orthophoniste ;

. réaction/soutien familial à la rééducation ;

. âge en début de scolarisation ;

181 Le questionnaire exact a été reproduit en annexe, p. 94.

. âge au diagnostic ;

. âge au début de la prise en charge ;

. port de lunettes ;

. antécédents d'otites séro-muqueuses ;

. QIV ;

. QIP ;

. /QIV-QIP/ ;

. autres troubles de santé physiques ou mentaux (prématurité, obésité, asthme, allergies, hyperactivité, etc.) ;

. main dominante ;

. scolarisation (public ou privé) ;

. redoublements ;

. classes redoublées ;

. niveau scolaire au diagnostic ;

. niveau scolaire au début de la prise en charge ;

. autres informations et observations.

Cette dernière question ouverte, de même que la question sur la réaction et le soutien des parents vis-à-vis de la rééducation, ont pour objectif de recueillir des informations sur la situation affective de l'enfant au sein de sa famille.

3. Recueil et préparation des données

Dans le but d'obtenir un échantillon important, l'enquête a été effectuée auprès des orthophonistes, qui ont servi d'informateurs sur la situation des enfants qu'ils reçoivent. Vingt-deux orthophonistes, choisis au hasard sur l'annuaire téléphonique de Montpellier, ont été rencontrés entre le 2 décembre 2004 et le 17 février 2005. Après exclusion de deux sujets,

l'un pour déficience mentale et l'autre pour lésion cérébrale acquise, l'échantillon final contient 185 enfants.

La préparation des données pour l'analyse statistique a permis de préciser ou d'ajouter certaines variables, notamment en fonction des réponses aux questions ouvertes :

. troubles de santé (motricité, vision, alimentation, etc.) ;

. autres symptômes (timidité, agressivité, immaturité, etc.) ;

. autres suivis (psychothérapie, RASED, etc.) ;

. traumatismes éducatifs (carence, forçage, hyperprotection, manque de limites, etc.) ;

. traumatismes environnementaux (chômage, décès, immigration, alcoolisme, etc.).

Par ailleurs, les informations sur les professions des parents ont été regroupées en quatre catégories socio-éducatives en fonction de la fréquence et de la qualité supposées d'usage du langage oral et écrit par la famille.

Finalement, deux variables familiales ont été ajoutées : père inconnu ou absent et existence de demi-frères et/ou demi-sœurs.

II. Résultats

En raison de l'abondance des données recueillies, les résultats bruts de chaque variable et les résultats des croisements entre variables sont reportés en annexe, p. 95. Il peut être utile de s'y référer pour connaître les détails des résultats évoqués dans les pages qui suivent.

III. Analyse

1. Analyse détaillée des résultats

Ne seront citées ici que les variables dont les résultats sont significatifs pour l'étude de l'environnement social et familial de l'enfant. Ainsi, toutes les données concernant la scolarisation (type d'école, niveau scolaire, redoublement…), par exemple, consultables en annexe, pourraient faire l'objet d'une étude complémentaire sur le lien entre école et orthophonie…

a. L'enfant

• Sexe

À Montpellier (1999)[182], la répartition des garçons et des filles de 0 à 19 ans est la suivante :

. garçons : 50,5 % ;

. filles : 49,5 %.

On remarque une différence notable avec l'échantillon :

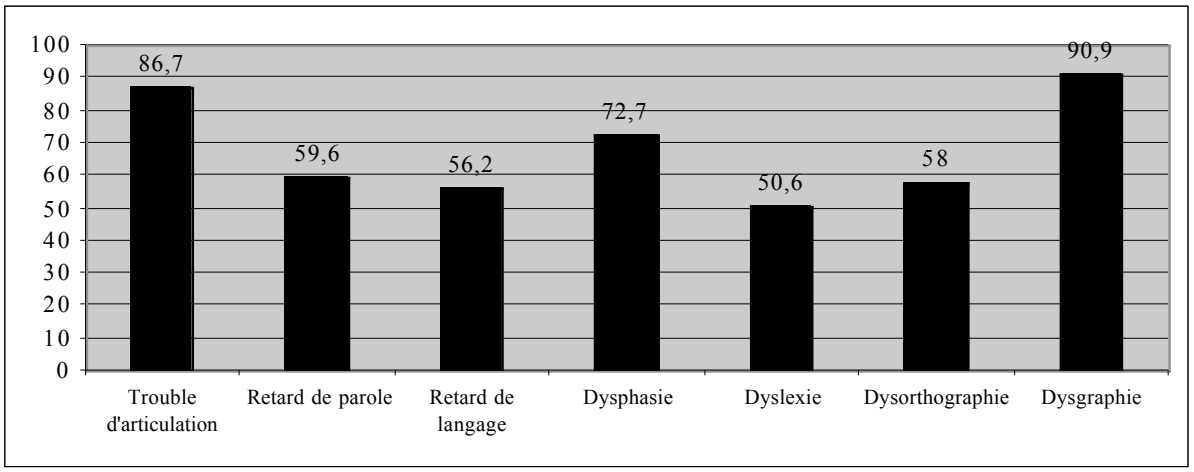
. 55,7 % des enfants sont des garçons ;

. 44,3 % des enfants sont des filles.

Les généticiens et les neurologues retrouvent cette différence, de façon beaucoup plus ample, pour ce qui concerne la dyslexie, qui concernerait deux fois plus de garçons que de filles. Les psychanalystes estiment, quant à eux, que l'accès au symbolique, donc au langage, s'avère souvent plus problématique pour les garçons que pour les filles. Par ailleurs, au niveau social et pédagogique, les garçons semblent plus enclins à la délinquance et à l'échec scolaire.

182 Les chiffres cités pour la population générale sont tirés notamment des bases de données suivantes : www.insee.fr (Institut national de la statistique et des études économiques) ; www.ined.fr (Institut national d'études démographiques) ; www.ladocumentationfrancaise.fr (La Documentation française) ; www.sante.gouv.fr (ministère de la Santé) ; www.education.gouv.fr (ministère de l'Éducation nationale) ; www.cndp.fr (Centre national de documentation pédagogique).

La proportion (en %) de garçons pris en charge pour les différents troubles est la suivante :



On remarque une prédominance très nette des garçons parmi les enfants pris en charge pour troubles d'articulation (86,7 %) et dysgraphie (90,9 %), ainsi que pour dysphasie (72,7 %). Les troubles de langage diffèrent donc par la plus ou moins grande domination des garçons pris en charge pour chacun d'entre eux.

• Main dominante

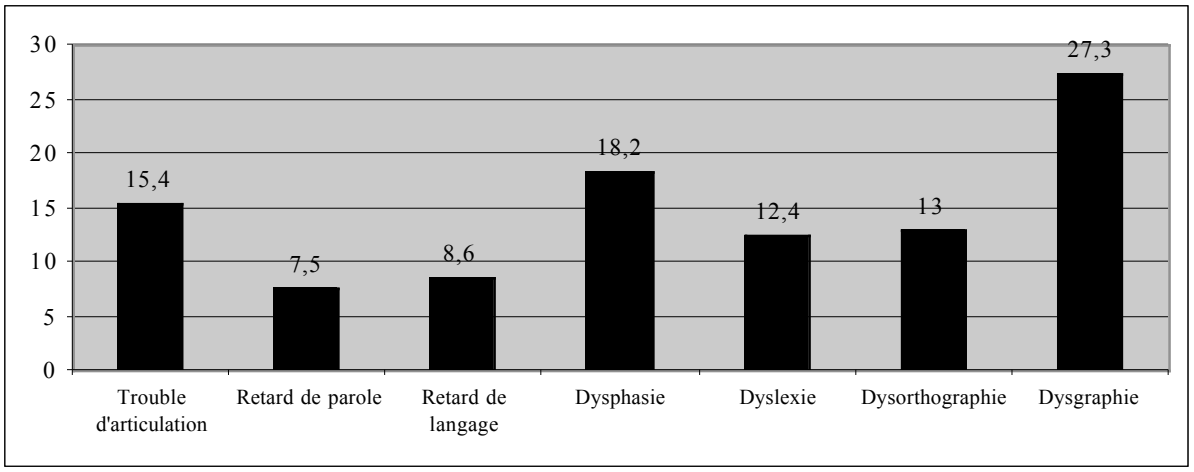
On estime de 10 % à 15 % le nombre de gauchers dans les pays occidentaux.

L'échantillon ne montre pas d'écart en ce domaine :

. 12,2 % des enfants sont gauchers ;

. 87,8 % des enfants sont droitiers.

Pour chacun des troubles de langage, la proportion (en %) d'enfants gauchers est la suivante :



Dysphasie et dysgraphie se distinguent par un taux de gauchers beaucoup plus fort que dans la population générale : respectivement 18,2 % et 27,3 %.

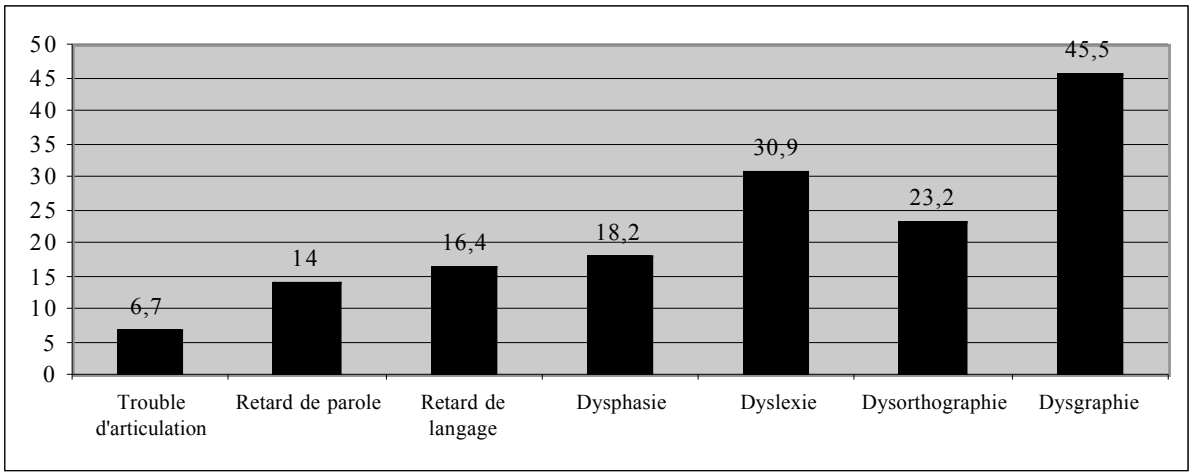
• Port de lunettes

En France (1999), 12,7 % des enfants de 6 ans et 28,1 % des enfants de CM2 portent des lunettes.

Dans l'échantillon, 22,7 % d'enfants portent des lunettes.

Ce chiffre paraît en rapport avec les données de la population générale.

Pour chacun des troubles de langage, la proportion (en %) d'enfants portant des lunettes est la suivante :

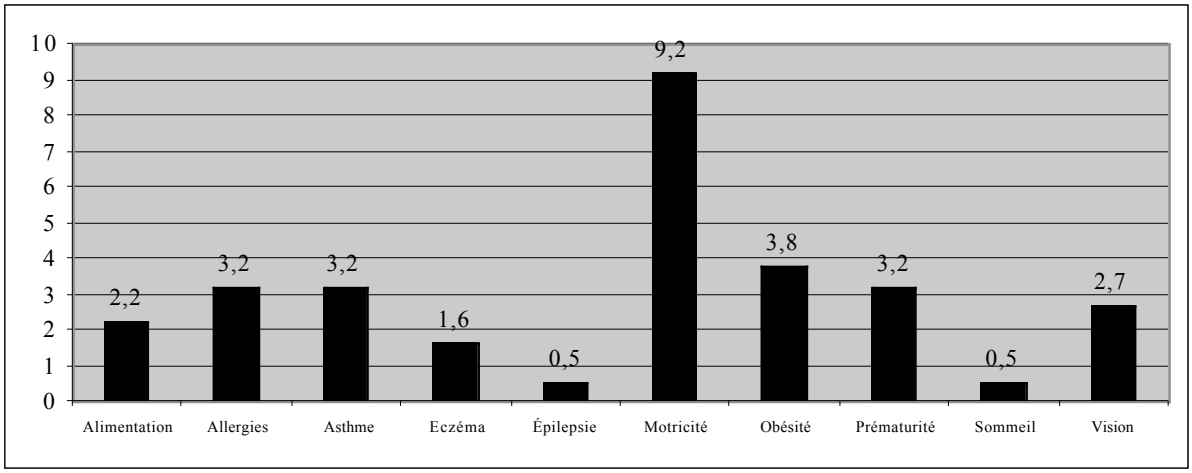


Les différences de fréquence selon les troubles de langage s'expliquent principalement par l'âge des enfants considérés (plus un enfant est âgé, plus il risque de porter des lunettes), sauf en ce qui concerne les enfants dysgraphiques, qui portent des lunettes pour 45,5 % d'entre eux, soit une proportion très supérieure à celle de la population générale.

• Troubles de santé

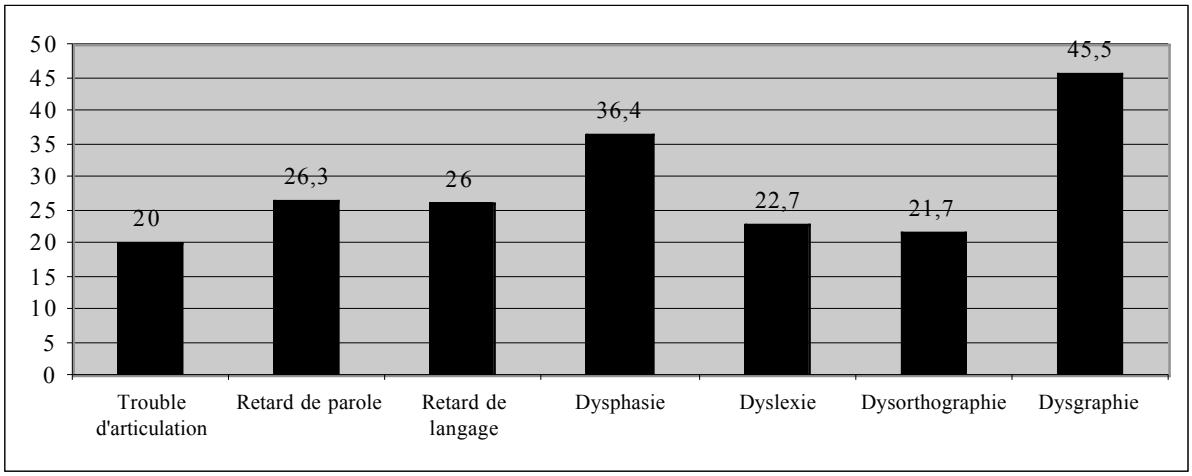
Il s'agit des troubles chroniques affectant les enfants au quotidien (allergies, troubles du sommeil, obésité…).

25,9 % des enfants de l'échantillon présentent un ou plusieurs des troubles de santé suivants :



Le chiffre d'un quart des enfants touchés par des troubles de santé peut paraître élevé. Notons tout de même que les trois quarts d'entre eux ne le sont pas. Le trouble de motricité (latéralisation, schéma corporel…) est le plus fréquent (9,2 %).

Pour chacun des troubles de langage, la proportion (en %) d'enfants présentant des troubles de santé chroniques est la suivante :



À noter, la surreprésentation des enfants dysgraphiques (45,5 %) et dysphasiques (36,4 %).

Pour chacun des troubles de langage, les troubles de santé chroniques dominants (en % d'enfants porteurs du trouble de langage considéré) sont les suivants :

. troubles d'articulation : motricité (13,3 %) ;

. retard de parole : motricité (14 %), alimentation (5,3 %) ;

. retard de langage : motricité (12,3 %), asthme (5,5 %) ;

. dysphasie : motricité (18,2 %) ;

. dyslexie : motricité (7,2 %), allergies (5,2 %) ;

. dysorthographie : allergies (5,8 %), obésité (5,8 %) ;

. dysgraphie : motricité (36,4 %).

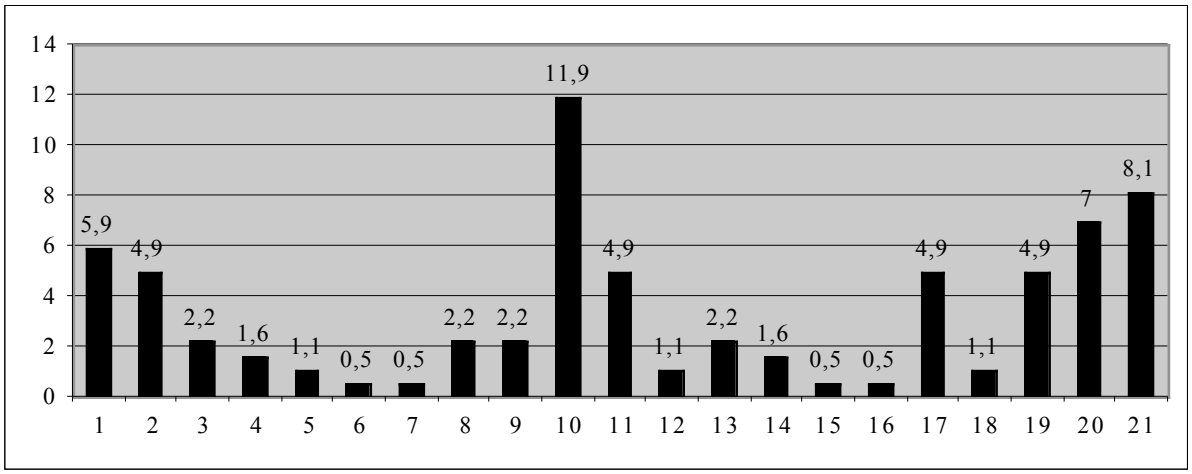
Le trouble qui se retrouve, à des fréquences variables, dans quasiment toutes les difficultés de langage est le trouble de motricité, plus particulièrement chez les enfants dysgraphiques et dysphasiques (respectivement 36,4 % et 18,2 %).

Les difficultés de langage se distinguent donc à la fois par le taux d'enfants touchés par tous les troubles de santé et par les troubles particuliers qui les touchent.

• Autres symptômes

Ces symptômes, à base psychique, affectent la personnalité ou le comportement de l'enfant (agitation, immaturité, troubles de l'attention…).

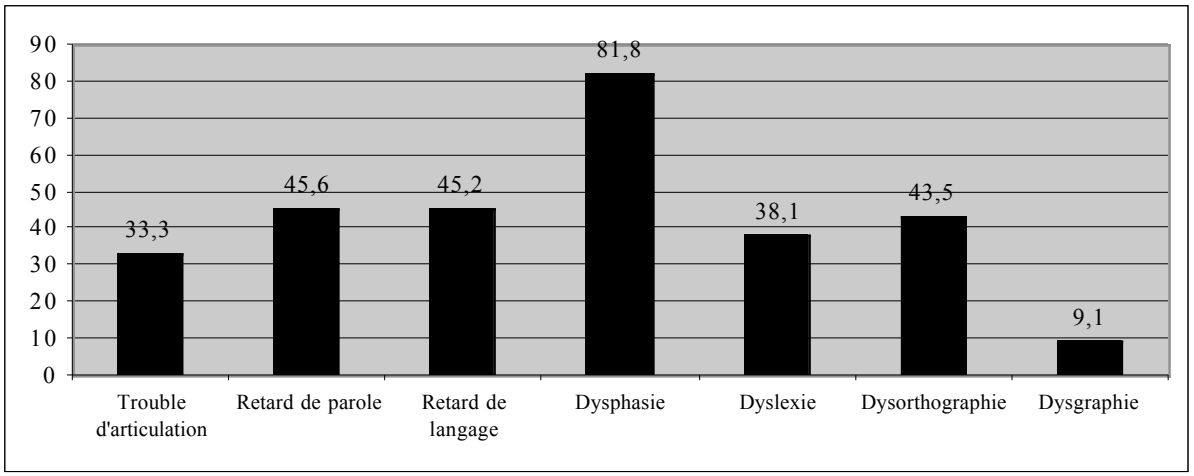
40,5 % des enfants présentent un ou plusieurs des autres symptômes suivants :



1. Agitation ; 2. Agressivité ; 3. Angoisse ; 4. Bégaiement ; 5. Cauchemars ; 6. Colères ; 7. Dépression ; 8. Difficulté identitaire ; 9. Énurésie ; 10. Immaturité ; 11. Inhibition ; 12. Instabilité ; 13. Jalousie ; 14. Mutisme ; 15. Phobies ; 16. Psychose ; 17. Refus scolaire ; 18. Stéréotypies ; 19. Timidité ; 20. Troubles de l'attention ; 21. Troubles du comportement.

Deux enfants sur cinq présentant un symptôme psychogène semble un chiffre très élevé. Il est envisageable que ces symptômes aient la même source que les difficultés de langage. Plus de la moitié des enfants, cependant, n'en souffrent pas. Le symptôme dominant sur tout l'échantillon est l'immaturité (11,9 %).

Pour chacun des troubles de langage, la proportion (en %) d'enfants présentant d'autres symptômes est la suivante :



Les enfants dysphasiques s'avèrent spécialement touchés par ces symptômes (81,8 %), tandis que les enfants dysgraphiques le sont très peu (9,1 %).

Pour chacun des troubles de langage, les symptômes dominants (en % d'enfants porteurs du trouble de langage considéré) sont les suivants :

. troubles d'articulation : la répartition est trop dispersée pour identifier un symptôme dominant ;

. retard de parole : immaturité (19,3 %), timidité (10,5 %), énurésie (7 %) ;

. retard de langage : immaturité (19,2 %) ;

. dysphasie : agitation (27,3 %), angoisse (27,3 %), immaturité (27,3 %), agressivité (18,2 %) ;

. dyslexie : immaturité (10,3 %), troubles de l'attention (10,3 %), inhibition (8,2 %), troubles du comportement (8,2 %) ;

. dysorthographie : troubles du comportement (15,9 %), troubles de l'attention (14,5 %), agitation (8,7 %), refus scolaire (8,7 %) ;

. dysgraphie : la répartition est trop dispersée pour identifier un symptôme dominant.

L’immaturité concerne plus fortement les enfants en difficulté de langage oral, tandis que les troubles du comportement et de l’attention apparaissent plus souvent chez les enfants en difficulté de langage écrit.

Les troubles de langage diffèrent ainsi à la fois par la proportion totale d’enfants touchés par ces symptômes et par les symptômes spécifiques à chaque trouble.

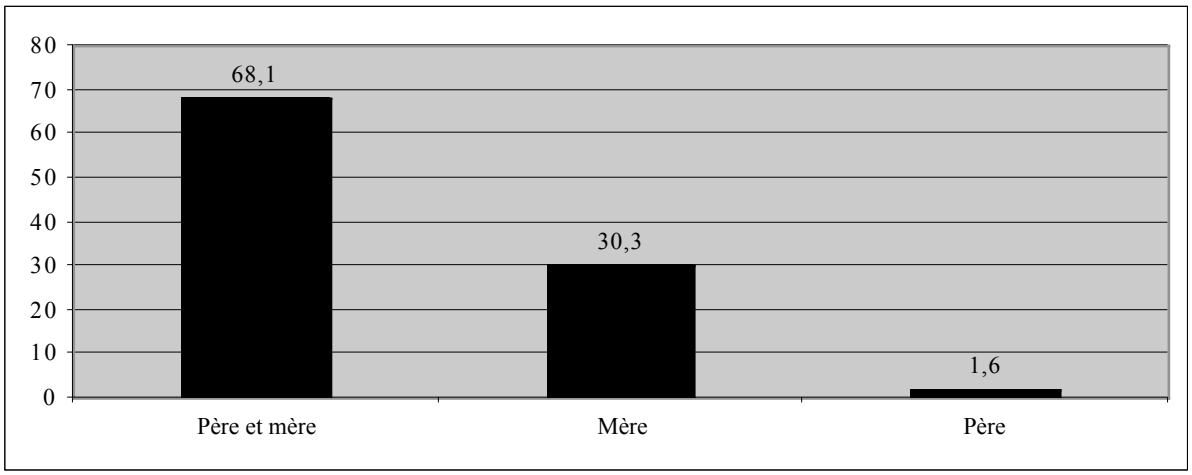
b. Sa famille

• Composition familiale

Il s'agit de savoir avec lesquels de leurs parents vivent les enfants.

En France (1999), les 0-17 ans vivent à 76,5 % avec leurs deux parents biologiques, à 21,7 % avec un seul de leurs parents biologiques.

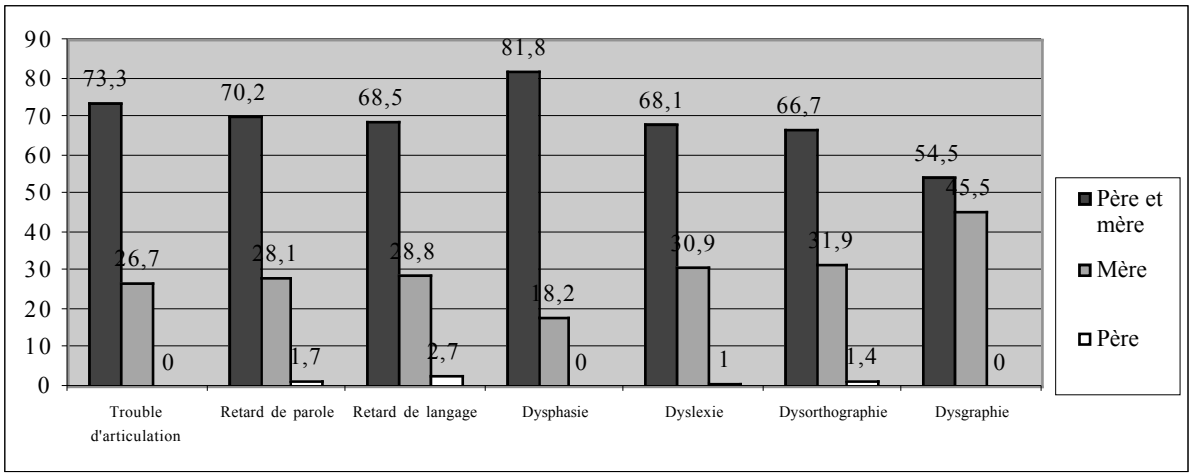
La répartition (en %) des enfants de l'échantillon selon les parents biologiques avec lesquels ils vivent est la suivante :



L'échantillon montre donc une surreprésentation (31,9 %) des enfants ne vivant pas avec leurs deux parents.

En plus du traumatisme vécu au moment de la séparation ou du décès de l'un des deux parents, le déséquilibre créé par l'absence du père, en tant que tiers séparateur et représentant de la loi sociale, peut expliquer selon les psychanalystes des difficultés de symbolisation et de séparation/individuation, donc des troubles d'accès au langage oral, puis écrit.

Pour chacun des troubles de langage, la répartition (en %) des enfants selon les parents biologiques avec lesquels ils vivent est la suivante :



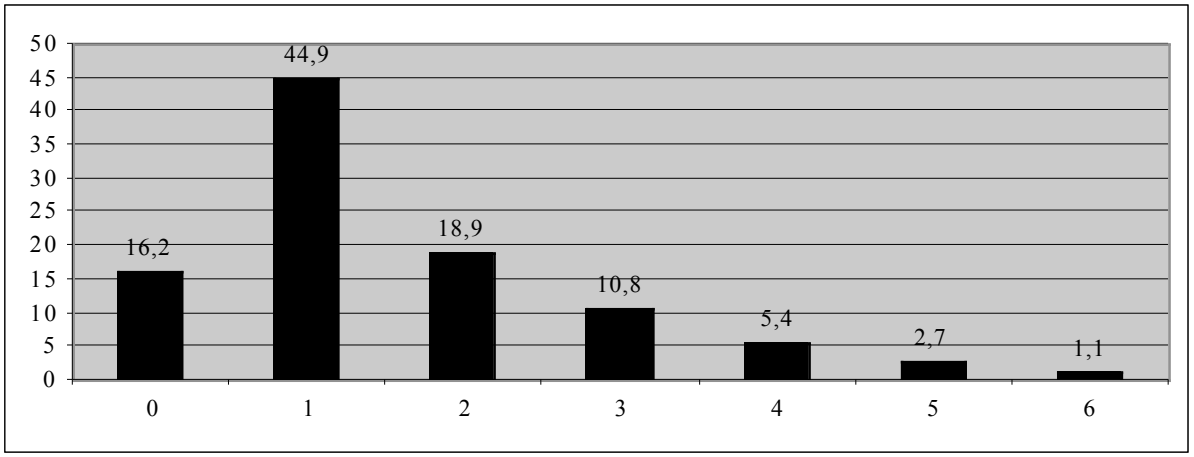
Les éléments à noter sont la surreprésentation des enfants vivant avec leurs deux parents biologiques parmi les enfants dysphasiques (81,8 %) et leur sous-représentation parmi les enfants dysgraphiques (54,5 %). Les enfants vivant avec leur père seul sont particulièrement nombreux en cas de retard de langage (2,7 %). Certains troubles de langage se distinguent donc nettement des autres par leurs taux particuliers d'enfants vivant ou non avec leurs deux parents biologiques.

• Fratrie

On s'intéresse au nombre de frères et sœurs dans la famille et à la place de l'enfant dans sa fratrie.

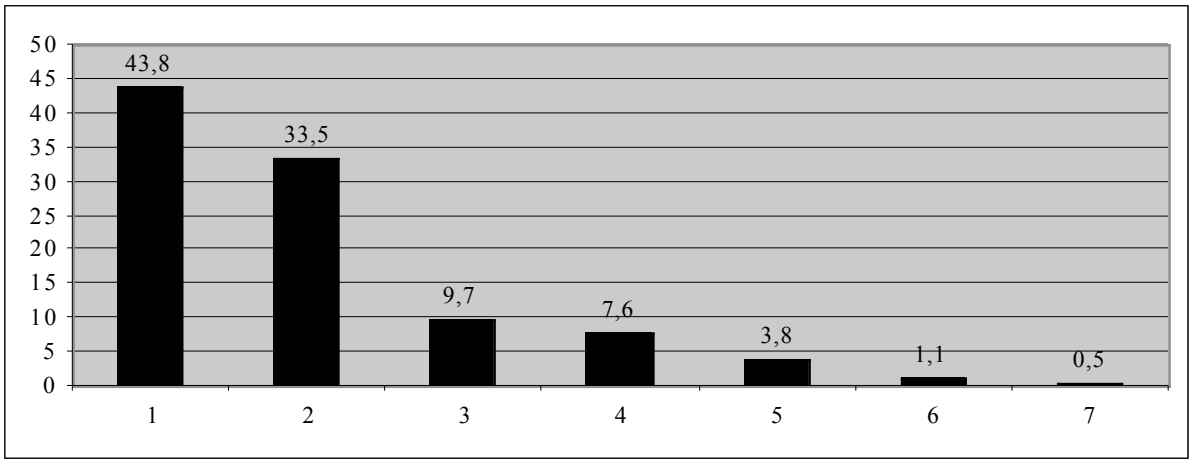
À Montpellier (1999), le nombre moyen d'enfants de 0 à 18 ans par famille avec enfants est de 1,8, la proportion d'enfants uniques de 48,8 %, la proportion de familles de quatre enfants et plus de 6,9 %, la proportion d'aînés de 56,5 %, la proportion de quatrièmes et plus de 3,9 %.

La répartition (en %) des enfants de l'échantillon selon leur nombre de frères et sœurs est la suivante :



Le nombre moyen de frères et sœurs est de 1,6, avec un écart-type de 1,3.

La répartition (en %) des enfants de l'échantillon selon leur place dans la fratrie est la suivante :

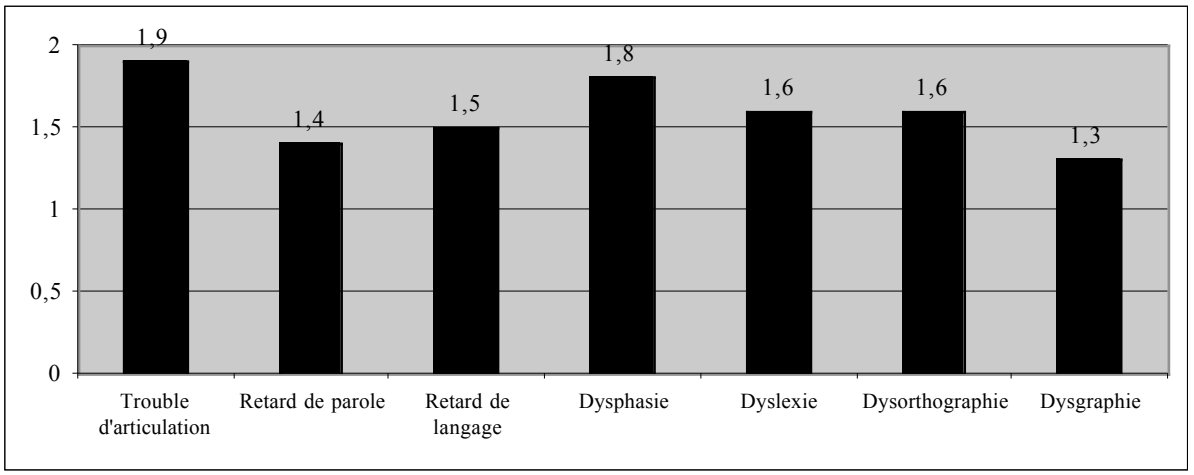


La place moyenne dans la fratrie est 2, avec un écart-type de 1,2.

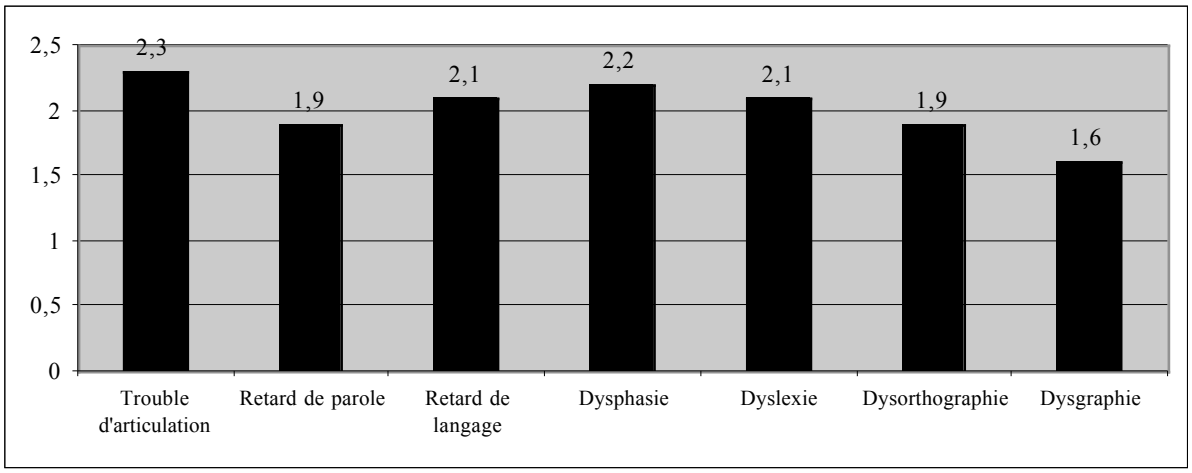
On remarque une très grande différence entre l'échantillon et la population générale, avec les chiffres de 2,6 enfants par famille, 16,2 % d'enfants uniques, 20 % de familles de quatre enfants et plus, 43,8 % d'aînés et 13 % de quatrièmes et plus.

La grande taille de la famille semble donc un facteur très net de difficultés de langage, de même que les places de non-aînés dans la fratrie.

Pour chacun des troubles de langage, le nombre moyen de frères et sœurs est le suivant :



Pour chacun des troubles de langage, la place moyenne dans la fratrie est la suivante :

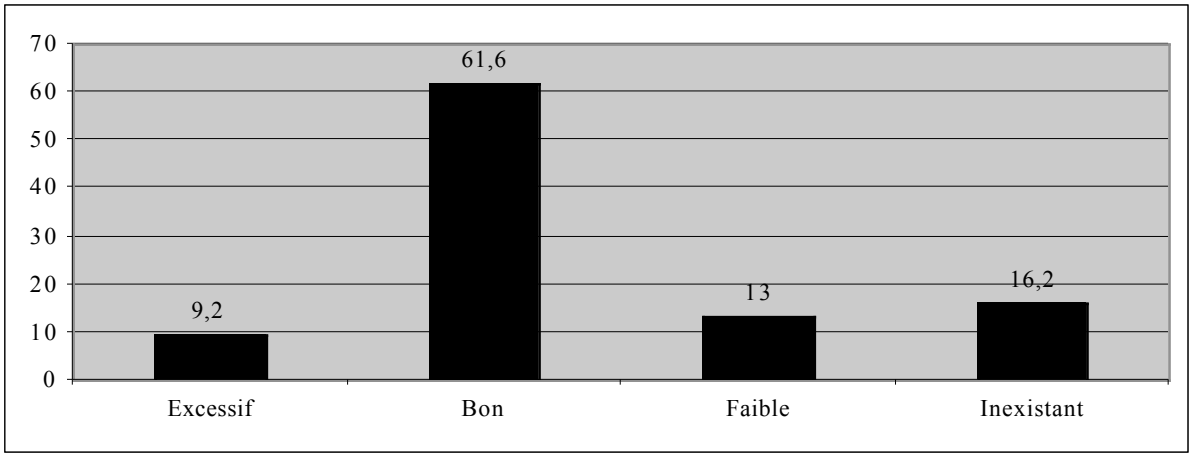


Les enfants pris en charge pour trouble d'articulation et dysphasie se distinguent par des familles plus nombreuses (respectivement 1,9 et 1,8 frères et sœurs) et une place plus éloignée de celle d'aîné (respectivement 2,3 et 2,2).

• Soutien familial vis-à-vis de la rééducation

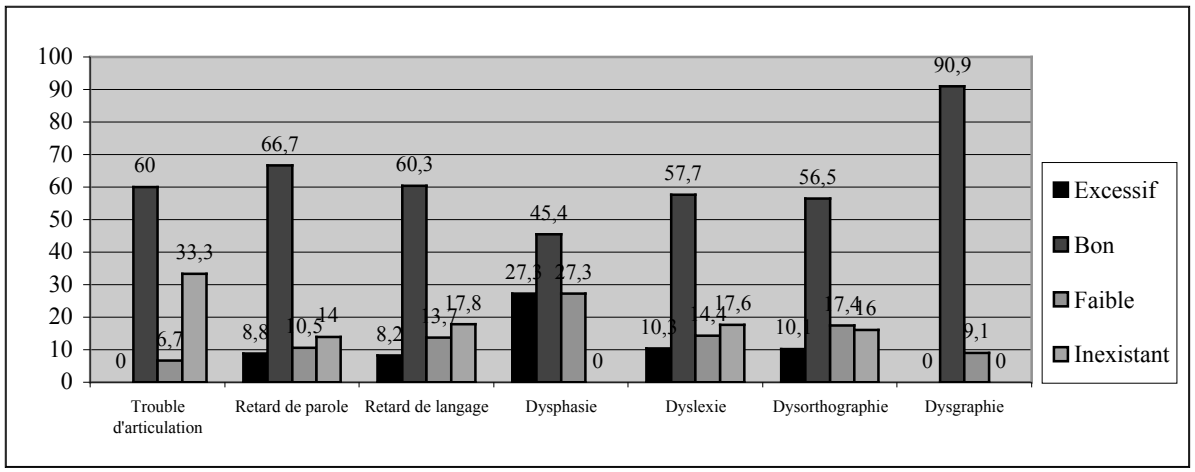
Le soutien des parents a été classé en quatre niveaux, d'excessif à inexistant.

La répartition (en %) des enfants de l'échantillon selon la qualité du soutien de leur famille vis-à-vis de la rééducation orthophonique est la suivante :



Bien que trois enfants sur cinq jouissent d'un bon soutien de la part de leurs parents dans le cadre de leur rééducation orthophonique, le fait que les autres, soit deux sur cinq, soient mal épaulés par leur famille semble un chiffre important. Cette attitude parentale déséquilibrée se retrouve sans doute dans d'autres domaines de la vie des enfants et, ainsi que cela a été évoqué dans ce qui précède, pourrait contribuer à leurs difficultés de langage.

Pour chacun des troubles de langage, la répartition (en %) des enfants selon le soutien de leur famille vis-à-vis de la rééducation est la suivante :

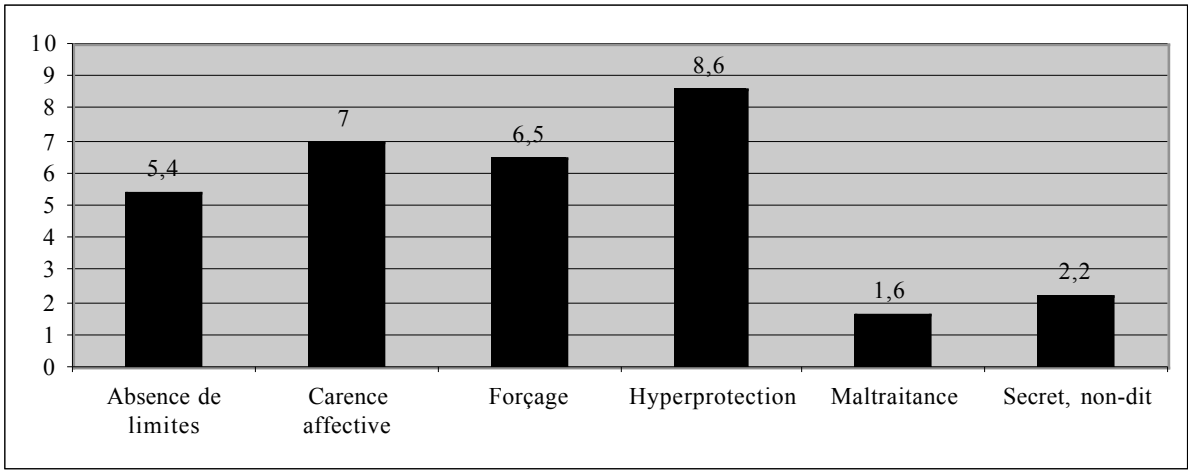


Il est à remarquer que les enfants dysphasiques présentent le soutien familial le plus déséquilibré (45,4 % de bon soutien, 27,3 % de soutien excessif). Les dysgraphiques sont les mieux soutenus par leur famille (90,9 % de bon soutien) ; les enfants porteurs de trouble d'articulation les moins bien soutenus (33,3 % de soutien inexistant). Les troubles de langage diffèrent donc nettement selon la qualité du soutien familial des enfants.

• Traumatismes éducatifs

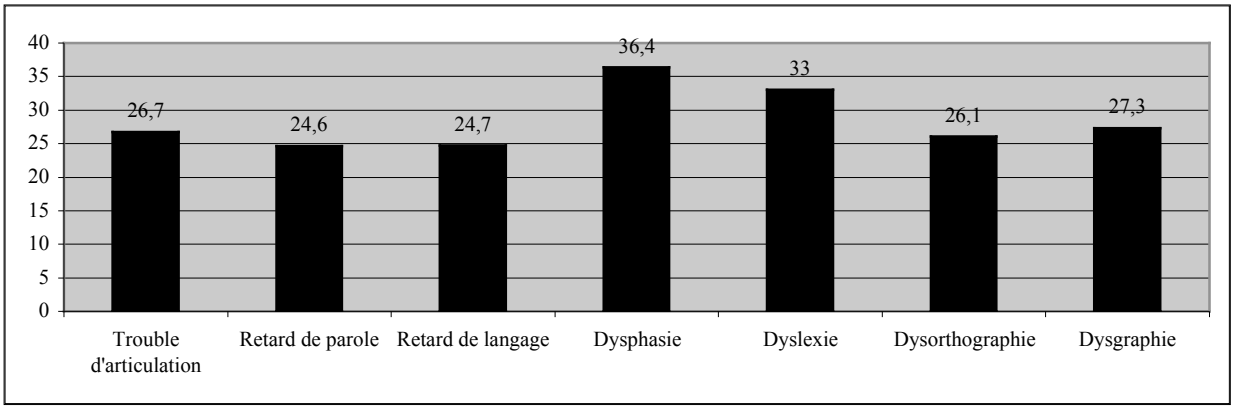
Il s'agit des attitudes parentales à visée éducative considérées comme pouvant être pathogènes (carence affective, hyperprotection…).

27,6 % des enfants de l'échantillon ont subi ou subissent un ou plusieurs des traumatismes éducatifs suivants :



Bien que la majorité n'en souffre pas, plus d'un quart des enfants soumis à des traumatismes éducatifs semble un chiffre élevé. Ces attitudes parentales, comme cela a été écrit plus haut, pourraient expliquer les difficultés de langage des enfants. L'hyperprotection est le traumatisme éducatif le plus fréquent (8,6 %).

Pour chacun des troubles de langage, la proportion (en %) d'enfants souffrant de traumatismes éducatifs est la suivante :



Dysphasiques et dyslexiques sont plus spécialement touchés par des traumatismes éducatifs (respectivement 36,4 % et 33 %).

Pour chacun des troubles de langage, les traumatismes éducatifs dominants (en % d'enfants porteurs du trouble de langage considéré) sont les suivants :

. troubles d'articulation : carence affective (13,3 %) ;

. retard de parole : carence affective (7 %), forçage (7 %), hyperprotection (7 %) ;

. retard de langage : hyperprotection (9,6 %), forçage (8,2 %) ;

. dysphasie : hyperprotection (36,4 %) ;

. dyslexie : hyperprotection (10,3 %), forçage (8,2 %), carence affective (7,2 %) ;

. dysorthographie : absence de limites (7,2 %), carence affective (7,2 %), forçage (7,2 %) ;

. dysgraphie : la répartition est trop dispersée pour identifier un traumatisme éducatif dominant.

La donnée la plus notable est la situation des enfants dysphasiques, qui subissent une hyperprotection pour 36,4 % d'entre eux. L'absence de limites domine principalement chez les enfants dysorthographiques (7,2 %). La carence affective est spécialement importante chez les enfants porteurs d'un trouble d'articulation (13,3 %). Les troubles de langage se distinguent donc ici clairement par les types de traumatismes éducatifs subis par les enfants concernés.

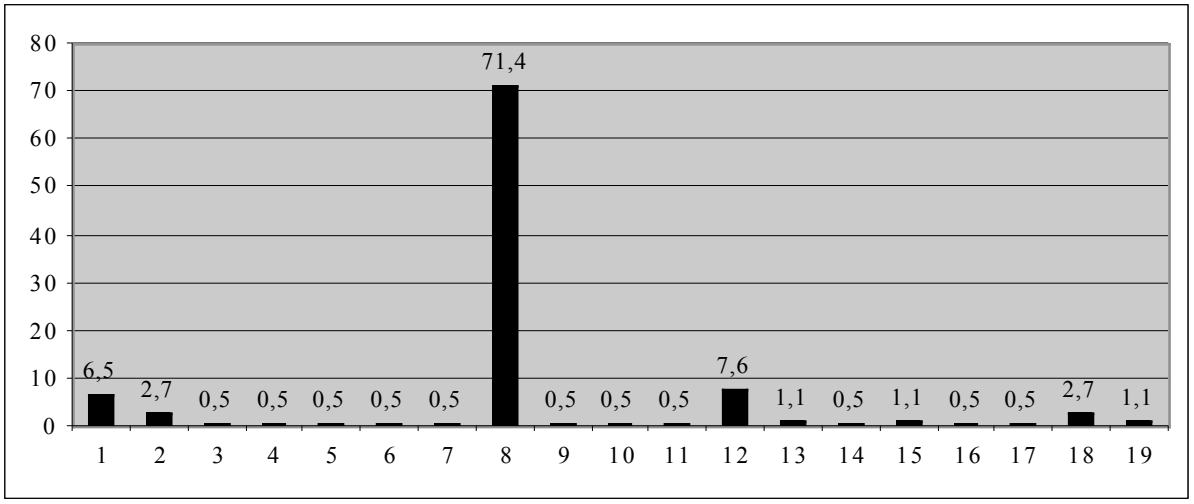
c. Sa situation sociale

• Origine familiale

Sont considérées comme d'origine étrangère les familles qui conservent certaines particularités culturelles ou linguistiques de leur pays d'émigration.

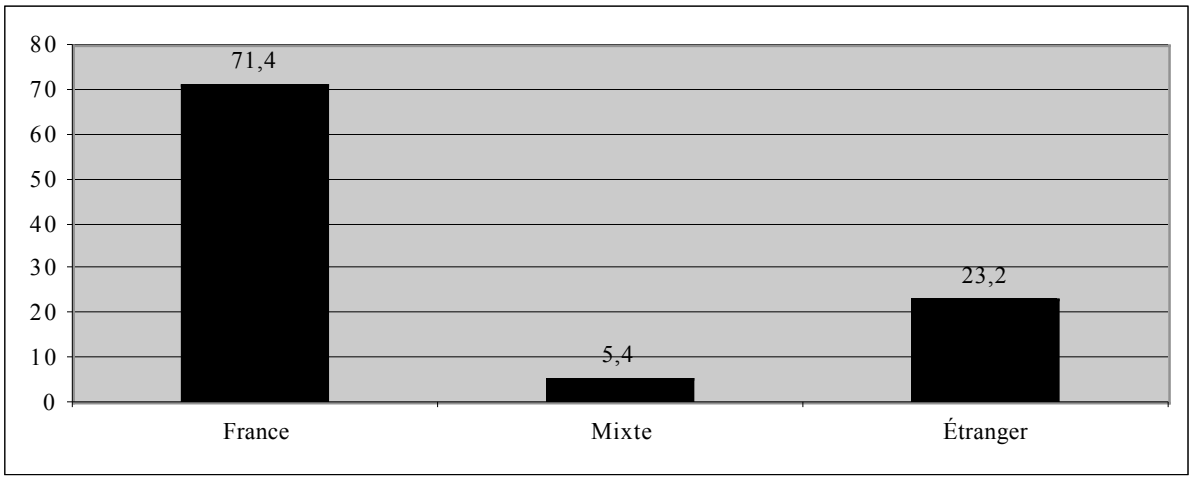
En France (1989, 1995), les élèves d'origine étrangère représentent de 11 % à 20 % des élèves de collège. L'origine (et non la nationalité) des personnes est une donnée quasiment inexistante dans les chiffres officiels français. On peut cependant supposer que les élèves de maternelle et de primaire d'origine étrangère représentent logiquement un chiffre supérieur à ceux-là.

La répartition (en %) des enfants de l'échantillon selon l'origine de leur famille est la suivante :



1. Algérie ; 2. Algérie-France ; 3. Algérie-Haïti ; 4. Chili ; 5. Espagne-Bolivie ; 6. Espagne-France ; 7. États-Unis-France ; 8. France ; 9. Haïti ; 10. Iran-Chili ; 11. Liban ; 12. Maroc ; 13. Maroc-France ; 14. Portugal-France ; 15. Portugal ; 16. Russie ; 17. Rwanda ; 18. Sénégal ; 19. Turquie.

En regroupant les origines, cela donne la répartition (en %) suivante :



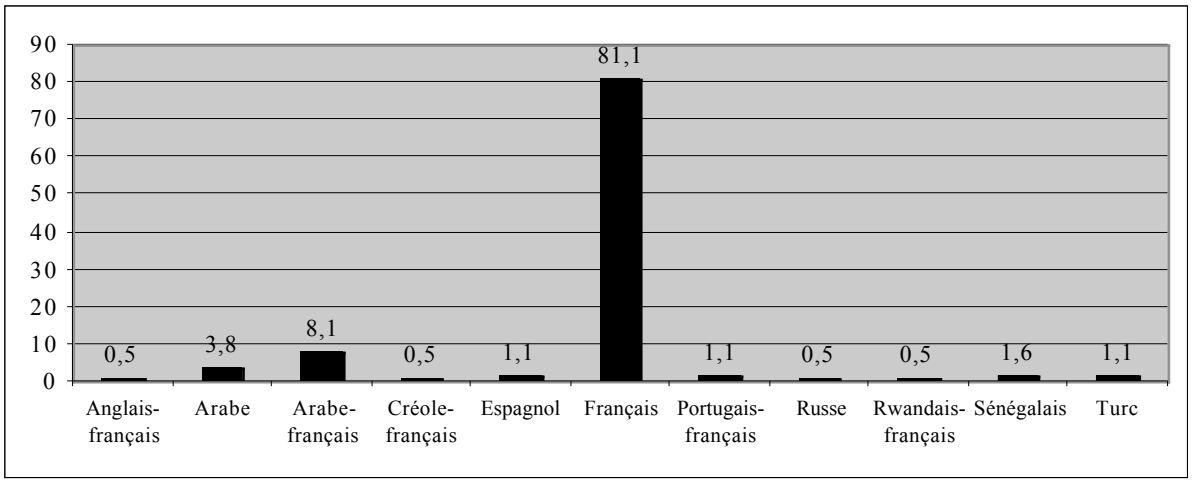
L'échantillon (28,6 % d'enfants d'origine étrangère ou mixte) paraît donc cohérent avec la population générale, avec peut-être une légère surreprésentation des enfants d'immigrés. On a vu effectivement les multiples obstacles, d'ordre social et psychologique, à l'accès au langage des enfants de familles immigrées. Au niveau pédagogique, les enfants d'immigrés ont également un taux de réussite moindre.

• Langue familiale

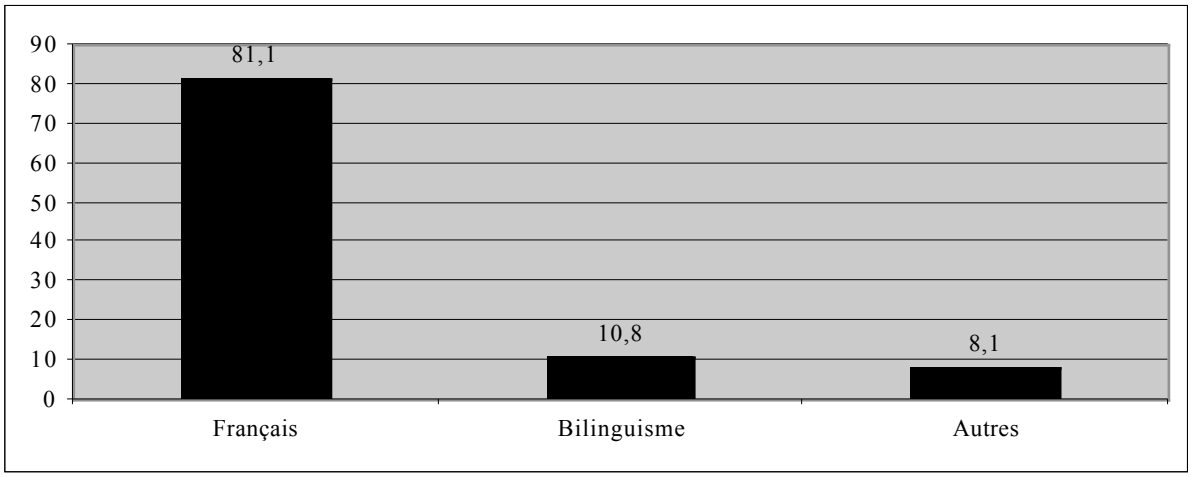
Il s'agit de la langue parlée à la maison au quotidien.

À Montpellier (1999), les enfants de nationalité étrangère représentent 6,3 % des élèves de maternelle et de primaire. En France (2003-2004), les enfants de nationalité étrangère représentent 4,3 % des élèves de collège et de lycée. On peut supposer que ces chiffres sont proches de ceux des enfants qui ne parlent pas le français à la maison.

La répartition (en %) des enfants de l'échantillon selon la langue parlée à la maison est la suivante :



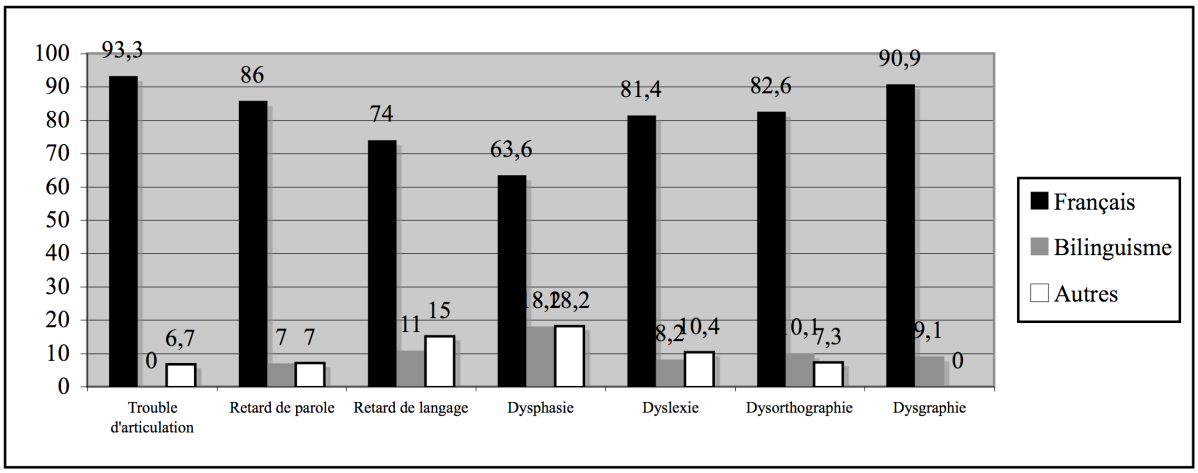
En regroupant les langues, cela donne la répartition (en %) suivante :



Dans l'échantillon, les enfants ne parlant pas le français à la maison sont donc surreprésentés (8,1 %).

Aux obstacles représentés par l'immigration s'ajoute ici celui de l'apprentissage d'une seconde langue.

Pour chacun des troubles de langage, la répartition (en %) des enfants selon la langue parlée à la maison est la suivante :



Les plus forts taux d'enfants ne parlant pas le français à la maison se retrouvent chez les porteurs de retard de langage (15 %) et, plus encore, de dysphasie (18,2 %). Ces deux troubles de langage diffèrent donc nettement des autres de ce point de vue.

• Niveau socio-éducatif de la famille

Les familles de l'échantillon ont été classées, en fonction de la situation professionnelle des parents, en quatre groupes de fréquence et de qualité supposées d'usage du langage oral et écrit. Le groupe 1 correspond au niveau de langage le plus simple ; le groupe 4 au plus élaboré.

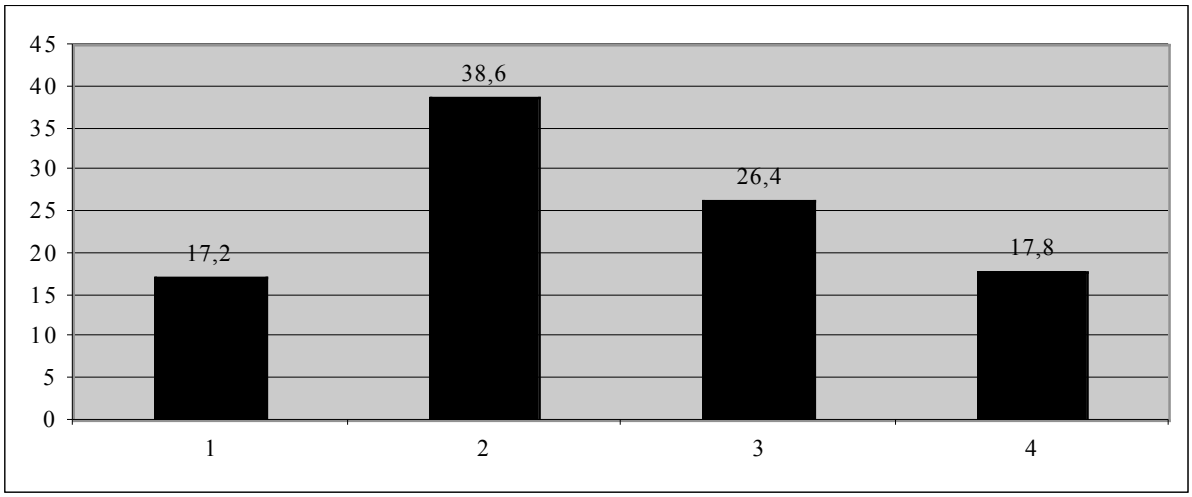
En rassemblant les professions de la nomenclature des catégories socio-professionnelles (CSP) dans les trois derniers de ces quatre groupes (car le chômage, inclus dans le groupe 1, n'est pas une CSP), on obtient les chiffres suivants. À Montpellier (1999), la population active se répartit ainsi :

. groupe 2 : 49,3 % ;

. groupe 3 : 28,2 % ;

. groupe 4 : 22,5 %.

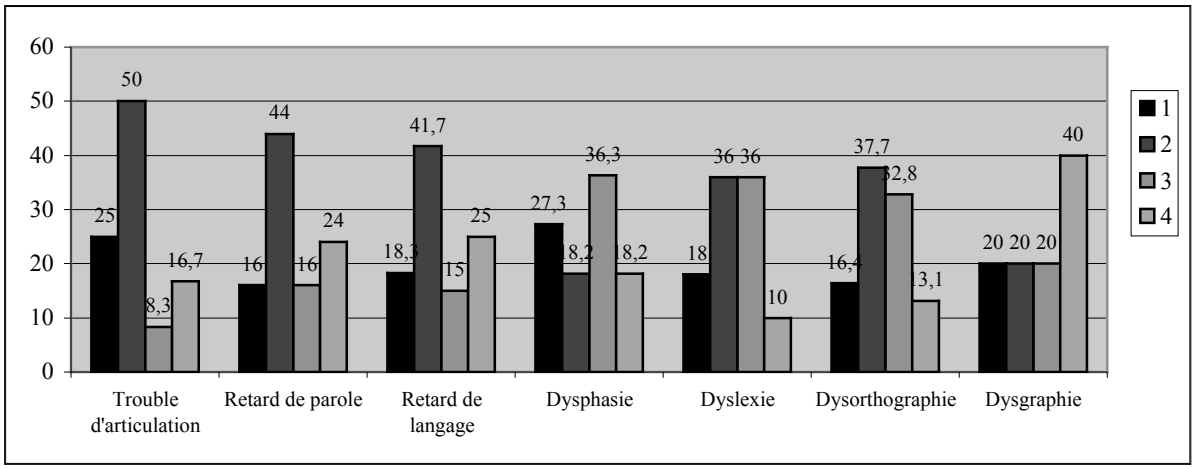
La répartition (en %) des enfants de l'échantillon selon les quatre groupes socio-éducatifs est la suivante :



En excluant le chômage pour permettre la comparaison, les chiffres modifiés de l'échantillon (groupe 2 : 46,6 % ; groupe 3 : 31,9 % ; groupe 4 : 21,5 %) sont donc similaires à ceux de la population générale.

La précarité sociale n'apparaît donc pas comme une cause de trouble de langage des enfants.

Pour chacun des troubles de langage, la répartition (en %) des enfants selon les quatre groupes socio-éducatifs est la suivante :



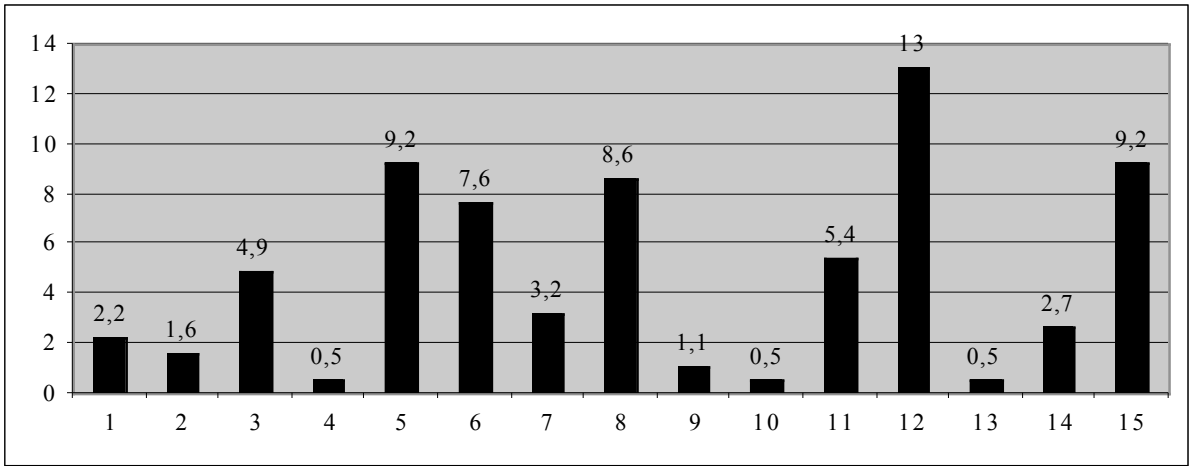
Les particularités suivantes sont à noter. Le groupe 1 est surreprésenté chez les enfants porteurs de dysphasie (27,3 %) ; les groupes 1 et 2 sont surreprésentés chez les enfants porteurs de trouble d'articulation (respectivement 25 % et 50 %) ; le groupe 3 est surreprésenté chez les enfants porteurs de dysphasie, dyslexie et dysorthographie (respectivement 36,3 %, 36 % et 32,8 %) ; le groupe 4 est surreprésenté chez les enfants porteurs de retard de parole, retard de langage et dysgraphie (respectivement 24 %, 25 % et 40 %). Les troubles de langage diffèrent donc nettement selon les groupes socio-éducatifs.

• Traumatismes environnementaux

Ces traumatismes touchent l'enfant par l'intermédiaire de son entourage ou de son milieu de vie (décès d'une personne proche, chômage parental, immigration…).

Dans l'Hérault (2004), le taux de chômage est de 14,6 %. En France (2002), 0,5 % des enfants ont leur père ou leur mère en prison. En France (depuis 1992), le taux de gémellité est estimé à 1 % à 1,2 %. À Montpellier (1999), les immigrés étrangers (hors Union européenne) représentent 6,2 % de la population.

Dans l'échantillon, 44,3 % des enfants ont subi ou subissent un ou plusieurs des traumatismes environnementaux suivants :



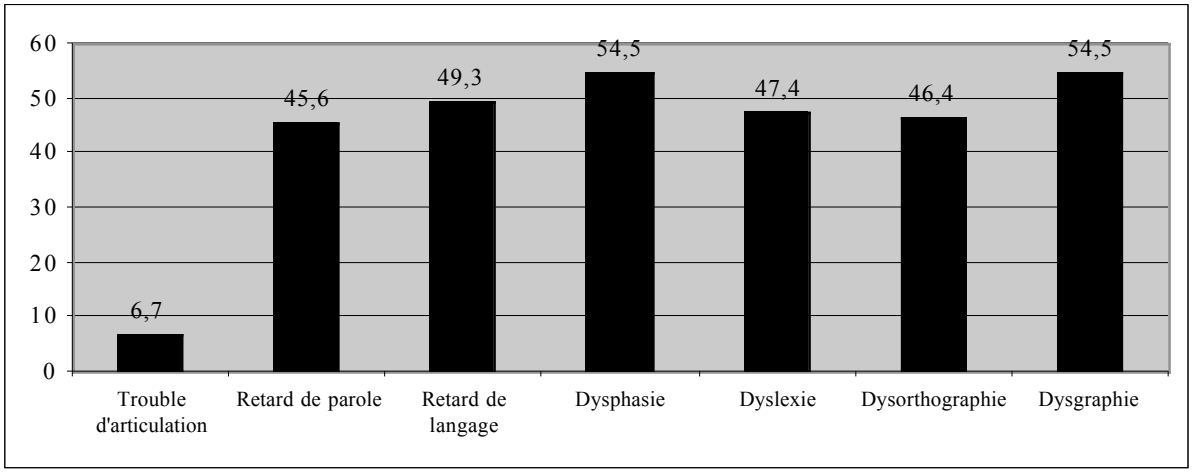
1. Accident ; 2. Adoption ; 3. Alcoolisme ; 4. Attentat ; 5. Chômage ; 6. Décès ; 7. Déménagement ; 8. Dépression ; 9. Gémellité ; 10. Génocide ; 11. Immigration ; 12. Maladie ; 13. Placement ; 14. Prison ; 15. Violence.

Dans l'échantillon, les données précédentes sont donc respectivement de 9,2 % d'enfants dont un parent est au chômage, 2,7 % d'enfants dont un parent est en prison, 1,1 % de jumeaux et 5,4 % d'enfants ayant vécu l'immigration.

Le taux de chômage est particulièrement faible dans l'échantillon : le chômage des parents ne semble pas influencer directement les difficultés de langage des enfants. En revanche, la proportion d'enfants dont le père est en prison s'avère très élevée : cette double séparation d'avec la loi sociale (par l'absence de son représentant, le père, et par le fait que ce dernier ne s'y conforme pas) pourrait expliquer les troubles de langage, notamment par défaut de

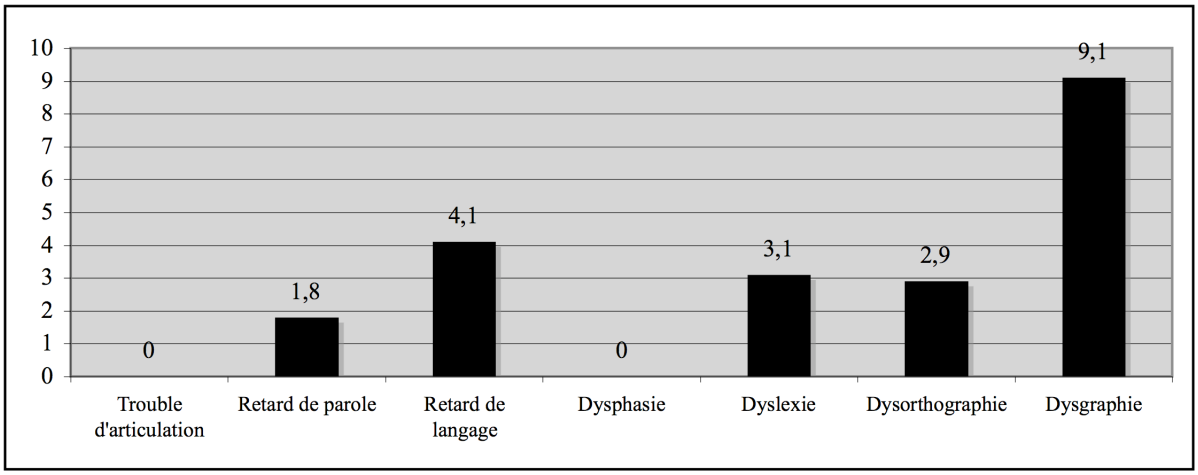
maturité, présence d'un secret… Les deux autres variables (gémellité et immigration) sont sensiblement identiques dans l'échantillon et dans la population générale.

Pour chacun des troubles de langage, la proportion (en %) d'enfants souffrant de traumatismes environnementaux est la suivante :



Les enfants souffrant le moins de traumatismes environnementaux sont les porteurs d'un trouble d'articulation (6,7 %). Ceux qui en subissent le plus sont les dysphasiques (54,5 %) et les dysgraphiques (54,5 %).

Pour chacun des troubles de langage, la proportion (en %) d'enfants dont le père est en prison est la suivante :



La situation des enfants dysgraphiques est à noter : près d'un sur dix subit la détention pénitentiaire de son père.

Pour chacun des troubles de langage, les traumatismes environnementaux dominants (en % d'enfants porteurs du trouble de langage considéré) sont les suivants :

. troubles d'articulation : la répartition est trop dispersée pour identifier un traumatisme environnemental dominant ;

. retard de parole : violence (14 %), dépression (12,3 %), alcoolisme (8,8 %), décès (8,8 %), maladie (8,8 %) ;

. retard de langage : violence (13,7 %), dépression (11 %), maladie (11 %), immigration (9,6 %), décès (8,2 %) ;

. dysphasie : maladie (36,4 %) ;

. dyslexie : décès (16,5 %), maladie (10,3 %) ;

. dysorthographie : maladie (17,4 %), décès (11,6 %) ;

. dysgraphie : dépression (18,2 %), violence (18,2 %).

La maladie d'un proche est particulièrement dominante chez les enfants dysphasiques (36,4 %). L'existence de la violence et de la dépression caractérise l'environnement des enfants en retard de parole, retard de langage ou dysgraphiques, tandis que maladie et décès dominent chez les enfants dyslexiques et dysorthographiques. L'immigration est typique des enfants en retard de langage (9,6 %).

Les troubles de langage se distinguent ici à la fois par le taux d'enfants touchés par l'ensemble des traumatismes environnementaux et par les traumatismes particuliers à chaque trouble.

2. Synthèse

En reprenant les résultats qui précèdent, certains portraits types d'enfants pris en charge pour troubles de langage apparaissent.

Hyperfréquence de certaines variables par rapport à la population générale

Enfant pris en charge pour…	Tous troubles	Trouble d'articulation	Retard de parole	Retard de langage	Dysphasie	Dyslexie	Dysorthographie	Dysgraphie
Garçon	+	++	+	+	++	-	+	++
Gaucher	-	-	-	-	+	-	-	+
Lunettes	-	-	-	-	-	+	-	++
Parents séparés	+	+	+	+	-	+	+	++
Famille nombreuse	+	++	+	+	++	+	+	+
Non aîné	++	++	+	++	++	++	+	+
Langue familiale étrangère	+	+	+	++	++	+	+	-
Père en prison	+	-	+	+	-	+	+	++

++ : forte surreprésentation par rapport à la population générale; + : faible surreprésentation par rapport à la population générale ; - : représentation identique ou sous-représentation par rapport à la population générale.

Hyperfréquence de certaines variables par rapport à l'échantillon

Enfant pris en charge pour…	Trouble d'articulation	Retard de parole	Retard de langage	Dysphasie	Dyslexie	Dysorthographie	Dysgraphie
Troubles de santé	- motricité +	- motricité +, alimentation +	- motricité +, asthme +	++ motricité ++	- allergies +	- allergies +, obésité +	++ motricité ++
Autres symptômes	-	+ immaturité ++, timidité ++, énurésie ++	+ immaturité ++	++ agitation ++, angoisse ++, immaturité ++, agressivité ++	- troubles de l'attention +, inhibition +	+ troubles du comportement ++, troubles de l'attention ++, agitation +, refus scolaire +	-
Soutien familial	inexistant ++	bon +	-	excessif ++, faible ++	-	faible +	bon ++
Traumatismes éducatifs	- carence affective ++	-	- hyperprotection +, forçage +	++ hyperprotection ++	+ hyperprotection +, forçage +	- absence de limites +	-
Niveau socio-éducatif	1 ++, 2 ++	4 +	4 +	1 ++, 3 ++	3 ++	3 +	4 ++
Traumatismes environnementaux	-	+ violence +, dépression +, alcoolisme +, décès +	+ violence +, dépression +, immigration +	++ maladie ++	+ décès ++	+ maladie +, décès +	++ dépression ++, violence ++

++ : forte surreprésentation par rapport à l'échantillon; + : faible surreprésentation par rapport à l'échantillon ;

- : représentation identique ou sous-représentation par rapport à l'échantillon.

Les items cités sont hyperreprésentés par rapport à l'échantillon dans le trouble concerné.

Ces tableaux permettent de mettre en valeur les variables socio-familiales (en lignes) et les troubles de langage (en colonnes) qui présentent les plus grandes différences de fréquences (symbolisées par le signe ++) avec la population générale et l'échantillon.

Variables socio-familiales les plus caractéristiques des troubles de langage

. Sexe masculin ;

. Parents séparés ;

. Famille nombreuse ;

. Place de non-aîné dans la fratrie ;

. Langue familiale étrangère ;

. Père en prison ;

. Trouble de motricité ;

. Immaturité, troubles de l'attention, agitation ;

. Hyperprotection parentale ;

. Maladie, décès, dépression, violence dans l'entourage.

Troubles de langage types par variable

. Sexe masculin : trouble d'articulation, dysphasie, dysgraphie ;

. Main gauche dominante : dysgraphie ;

. Port de lunettes : dysgraphie ;

. Parents séparés : dysgraphie ;

. Famille nombreuse : trouble d'articulation, dysphasie ;

. Place de non-aîné dans la fratrie : trouble d'articulation, retard de langage, dysphasie, dyslexie ;

. Langue familiale étrangère : retard de langage, dysphasie ;

. Père en prison : dysgraphie ;

. Trouble de motricité : dysphasie, dysgraphie ;

. Immaturité : retard de parole, retard de langage, dysphasie ;

. Timidité : retard de parole ;

. Énurésie : retard de parole ;

. Agitation : dysphasie ;

. Angoisse : dysphasie ;

. Agressivité : dysphasie ;

. Troubles de l'attention : dysorthographie ;

. Troubles du comportement : dysorthographie ;

. Soutien familial inexistant : trouble d'articulation ;

. Soutien familial faible : dysphasie ;

. Soutien familial excessif : dysphasie ;

. Soutien familial bon : dysgraphie ;

. Hyperprotection parentale : dysphasie ;

. Carence affective : trouble d'articulation ;

. Niveau socio-éducatif 1 : trouble d'articulation, dysphasie ;

. Niveau socio-éducatif 2 : trouble d'articulation ;

. Niveau socio-éducatif 3 : dysphasie, dyslexie ;

. Niveau socio-éducatif 4 : dysgraphie ;

. Maladie dans l'entourage : dysphasie ;

. Décès dans l'entourage : dysorthographie ;

. Dépression dans l'entourage : dysgraphie ;

. Violence dans l'entourage : dysgraphie.

Troubles de langage les plus caractérisés par les variables socio-familiales

. Dysphasie ;

. Dysgraphie ;

. Trouble d'articulation.

Troubles de langage les moins caractérisés par les variables socio-familiales

. Dysorthographie ;

. Retard de parole ;

. Dyslexie ;

. Retard de langage.

Portraits types par trouble de langage

. Trouble d'articulation : sexe masculin, famille nombreuse, place de non-aîné dans la fratrie, soutien familial inexistant, carence affective, niveau socio-éducatif 1 ou 2 ;

. Retard de parole : immaturité, timidité, énurésie ;

. Retard de langage : place de non-aîné dans la fratrie, langue familiale étrangère, immaturité ;

. Dysphasie : sexe masculin, famille nombreuse, place de non-aîné dans la fratrie, langue familiale étrangère, trouble de motricité, agitation, angoisse, immaturité, agressivité, soutien familial excessif ou faible, hyperprotection parentale, niveau socio-éducatif 1 ou 3, maladie dans l'entourage ;

. Dyslexie : place de non-aîné dans la fratrie, niveau socio-éducatif 3, décès dans l'entourage ;

. Dysorthographie : troubles du comportement, troubles de l'attention ;

. Dysgraphie : sexe masculin, main gauche dominante, lunettes, parents séparés, père en prison, trouble de motricité, soutien familial bon, niveau socio-éducatif 4, dépression et violence dans l'entourage.

IV. Discussion

L'ensemble de ces chiffres permet d'étayer dans une certaine mesure ce qui a été abordé dans les réflexions préliminaires.

Tout d'abord, notons qu'il semble exister des variables environnementales caractéristiques des enfants pris en charge en orthophonie pour leurs difficultés de langage oral ou écrit. Il s'agit pour la plupart d'éléments familiaux, c'est-à-dire de conditions (séparation des parents, incarcération du père, famille nombreuse ou place de non-aîné dans la fratrie) ou d'événements (maladie, décès, dépression ou violence dans l'entourage) qui touchent les enfants de très près. L'hyperprotection, elle, définit le mode relationnel des parents avec leurs enfants et influence ces derniers. Seule la variable de langue familiale étrangère possède un caractère social évident. Ces variables peuvent ainsi être considérées comme des facteurs de risque de troubles de langage. Quant aux variables personnelles (trouble de motricité, immaturité, agitation, troubles de l'attention), on les comprendra soit comme des agents explicatifs des difficultés de langage des enfants, soit comme des conséquences, soit comme des manifestations parallèles d'une même cause autre…

En outre, les enfants porteurs des différents troubles étudiés semblent se différencier clairement. Toutes les variables, personnelles, familiales et sociales, interviennent pour les distinguer très nettement selon leurs difficultés. Cette constatation contredit l'affirmation selon laquelle les troubles n'auraient qu'une origine organique : en effet, dans ce cas, aucune distinction environnementale ne devrait apparaître entre les enfants.

En conclusion, des variables environnementales, notamment familiales, peuvent donc être considérées comme explicatives des troubles de langage oral et écrit des enfants.

À l'issue de ce premier travail généraliste et à partir de ces premières hypothèses, comment affiner les résultats ? D'une part, un échantillon d'enfants tout-venant, aux enseignants desquels serait soumis le même questionnaire, pourrait être étudié, puis comparé à celui des

enfants suivis en orthophonie. L'objectif serait de confirmer l'existence de variables environnementales significatives des troubles de langage. D'autre part, une réduction qualitative de l'échantillon pourrait permettre de préciser les résultats en suspens. La population des enfants dont la dyslexie et/ou la dysphasie sont avérées selon les normes actuelles (par exemple, par un diagnostic neuropédiatrique dans les centres référents mis en place par le plan gouvernemental de 2002) pourrait être étudiée. L'objectif serait d'interviewer précisément les parents sur diverses attitudes ou situations éducatives à définir, en référence aux travaux cités dans ce qui précède, puis de tenter d'établir des constantes significatives.

Ajoutons que de nombreuses données recueillies n'ont pas été utilisées dans les conclusions. L'orientation de l'analyse, grâce à cette description de la population des enfants pris en charge en séances d'orthophonie, pourrait aussi se faire dans le sens d'un questionnement sur l'utilisation de l'orthophonie comme moyen de soutien scolaire ou d'apprentissage de la langue française, notamment dans les situations sociales difficiles, ou comme palliatif aux méthodes d'apprentissage de la lecture. Il serait également intéressant de décrypter cette population avec un objectif de prévention, soit auprès des enfants les plus représentés, soit au contraire auprès de ceux qui en semblent absents.

Conclusion

Au départ de cette recherche, l'idée était d'étudier la situation des enfants en difficulté de langage oral ou écrit d'un point de vue global, à la fois au niveau social et au niveau familial. Bien entendu, des a-priori sur les situations supposées difficiles ont influencé la rédaction du questionnaire : précarité sociale, pauvreté éducative et culturelle, carence affective, séparation parentale, étaient attendues comme causes, ou du moins comme facteurs significatifs, dans les troubles de développement du langage des enfants.

Deux constatations ont contredit ces préjugés. D'une part, les variables familiales, et non sociales, sont les plus explicatives des troubles. D'autre part, l'hyperprotection, et non la carence, domine les facteurs psycho-affectifs. Peut-être faut-il donc chercher certaines causes des difficultés de langage, non pas du côté de la pauvreté mais de la surabondance, non pas du côté du manque mais du « manque du manque[183] ».

183 Jeanine Pirard-Le Poupon, « Le symptôme objecteur du sujet dyslexique », in *De la place (re)trouvée à la trace écrite*, Institut pédagogique d'enseignement rééducatif spécialisé (IPERS), octobre 2002.

Annexes

Questionnaire d'enquête

Date	?	
Orthophoniste	?	
Enfant	?	
Sexe	F/M	
Âge	2/3/4/5/6/7/8/9/10/11/12/13/14/15/16/17/18	
Classe	PS/MS/GS/CP/CE1/CE2/CM1/CM2/6e/5e/4e/3e/2e/1e/T	
Pathologie	trouble d'articulation/retard de parole/retard de langage/dysphasie/ dyslexie/dysorthographie/dysgraphie	
Origine	française/autre/mixte	?
Langue parlée à la maison	français/autre/bilingue	?
Patho langage dans la famille	?	
Catégorie socio-professionnelle	père	?
	mère	?
Quartier d'habitation	Centre/Mosson/Hôpitaux-Facultés/Cévennes/Croix d'Argent Prés d'Arènes/Port Marianne	
Vit avec ses parents	oui/non/discontinuité	
Nombre de frères et sœurs	0/1/2/3/4/5/6/7/8/9	
Place dans la fratrie	1/2/3/4/5/6/7/8/9/10	
Divorce/séparation des parents	oui/non	âge de l'enfant :
Autre événement traumatique	oui/non	accident/maladie/décès/alcoolisme chômage/dépression parentale adoption/maltraitance
Qui accompagne chez l'ortho	mère/père/frère/sœur/ambulancier/éducateur/autre	?
Réaction/soutien familial	?	
Âge début de scolarisation	2/3/4/5/6/7/8/9/10	
Âge diagnostic	2/3/4/5/6/7/8/9/10/11/12/13/14/15/16/17/18	
Âge début de prise en charge	2/3/4/5/6/7/8/9/10/11/12/13/14/15/16/17/18	
Port de lunettes	oui/non	
Otites séro-muqueuses	oui/non	perte (dB) :
QIV	?	
QIP	?	
/QIV-QIP/	?	
Autres troubles de santé	physiques/mentaux	prématurité/obésité/asthme/allergies hyperactivité
Main dominante	gauche/droite	
Scolarisation	public/privé	
Redoublements	oui/non	
Classes redoublées	PS/MS/GS/CP/CE1/CE2/CM1/CM2/6e/5e/4e/3e/2e/1e/T	
Diagnostic	PS/MS/GS/CP/CE1/CE2/CM1/CM2/6e/5e/4e/3e/2e/1e/T	
Début de la prise en charge	PS/MS/GS/CP/CE1/CE2/CM1/CM2/6e/5e/4e/3e/2e/1e/T	
Autres infos/observations	?	

Résultats

Voici les résultats bruts de chacune des 37 variables. Toutes les modalités possibles de chaque variable sont indiquées en début de présentation de la variable considérée. Lorsque des modalités dominantes sont présentées, elles le sont par ordre décroissant d'importance ; les modalités non citées sont donc soit absentes, soit peu représentatives.

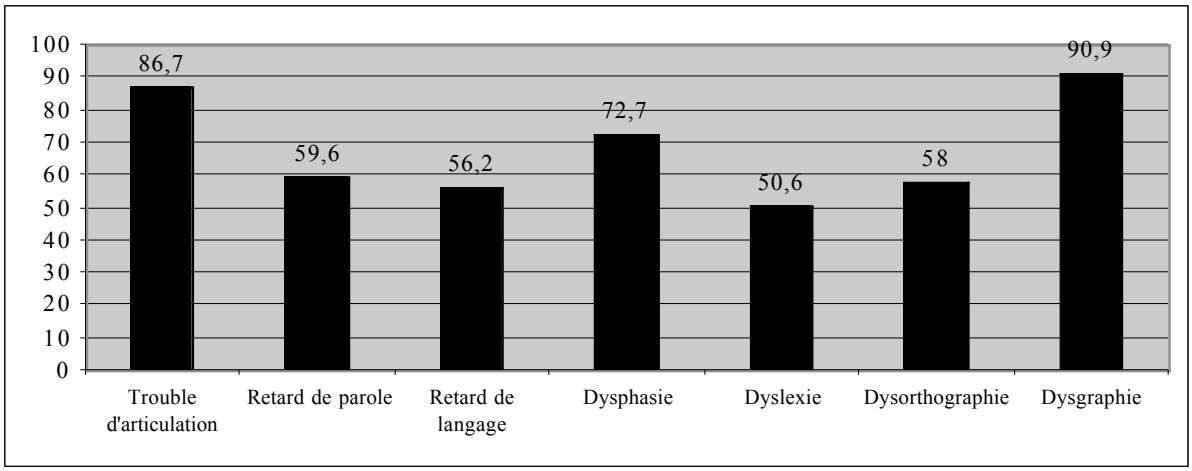
Sont ensuite proposés des croisements de variables.

1. Sexe

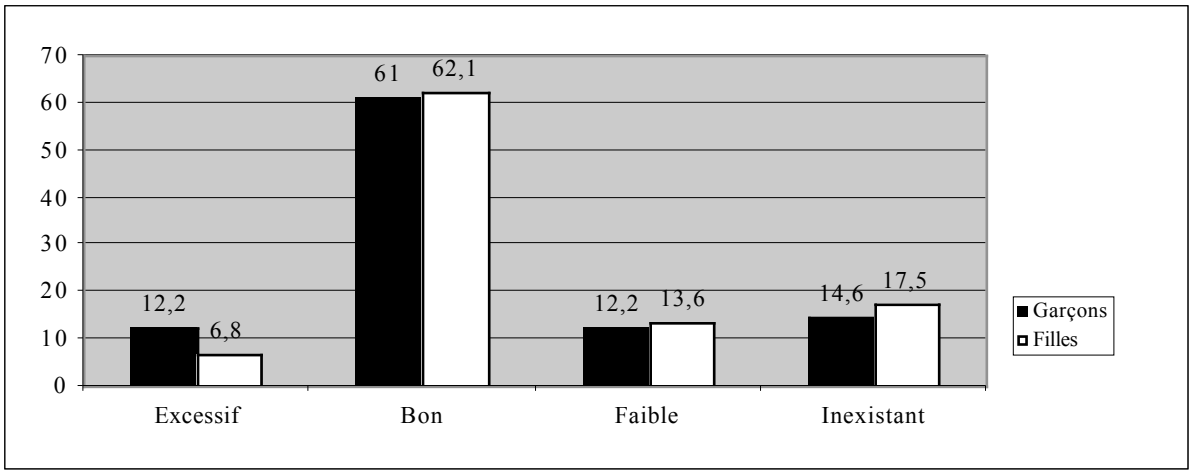
55,7 % des enfants sont des garçons ;

44,3 % des enfants sont des filles.

La proportion (en %) de garçons pris en charge pour les différents troubles est la suivante :



Pour chaque sexe, la répartition (en %) des enfants selon la qualité du soutien familial vis-à-vis de la rééducation orthophonique (variable 20) est la suivante :

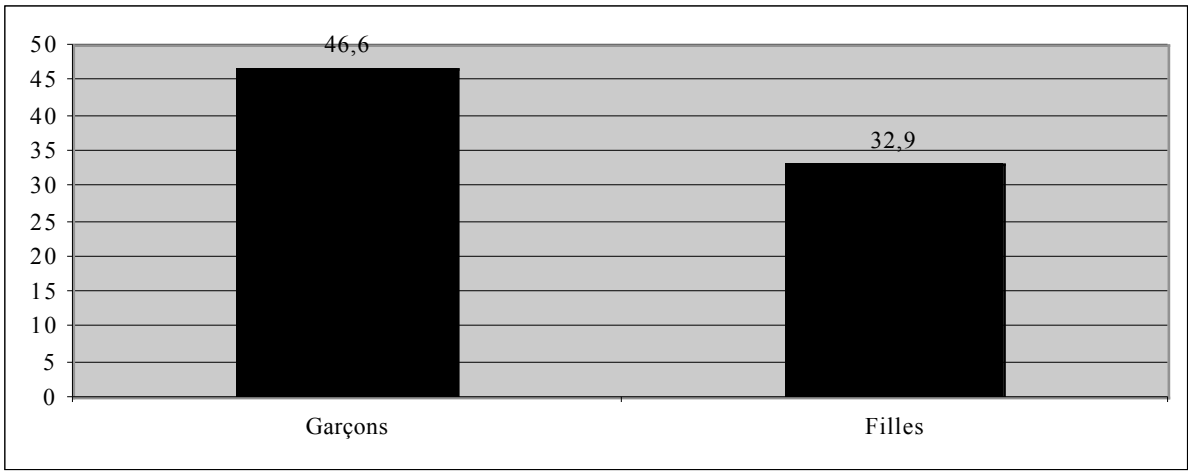


Pour chaque sexe, le niveau scolaire dominant (en %) au début de la prise en charge est le suivant :

. garçons : moyenne section (22,8 %) ;

. filles : CP (35 %).

Pour chaque sexe, la proportion (en %) d'enfants présentant d'autres symptômes (variable 34) est la suivante :

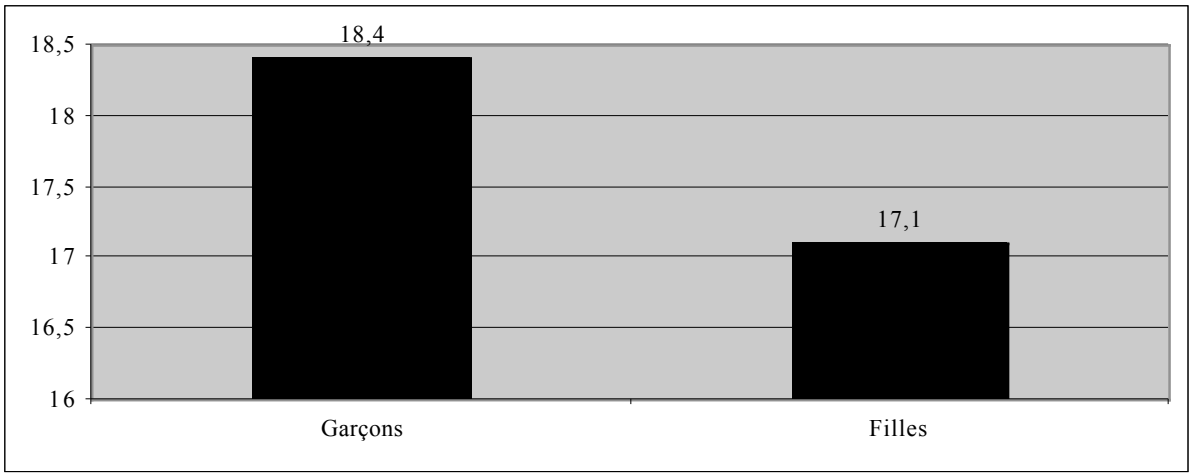


Pour chaque sexe, les symptômes dominants (en % des enfants de chaque sexe) sont les suivants :

. garçons : immaturité (15,5 %), troubles du comportement (9,7 %), agitation (7,8 %) ;

. filles : immaturité (7,3 %), troubles de l'attention (7,3 %).

Pour chaque sexe, la proportion (en %) d'enfants soutenus par d'autres suivis ou traitements (variable 35) est la suivante :

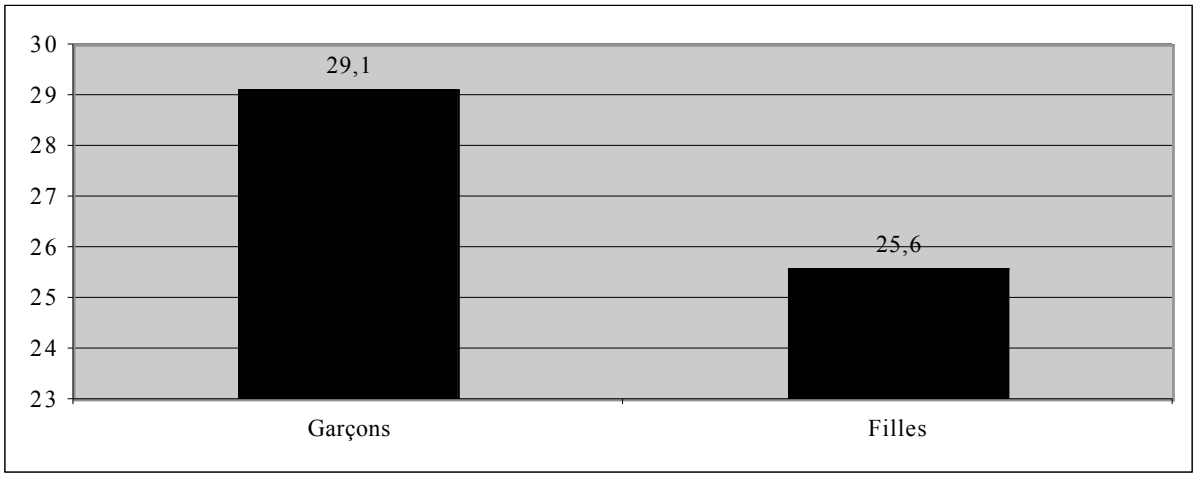


Pour chaque sexe, les suivis ou traitements dominants (en % des enfants de chaque sexe) sont les suivants :

. garçons : psychothérapie (12,6 %), psychomotricité (6,8 %) ;

. filles : psychothérapie (12,2 %).

Pour chaque sexe, la proportion (en %) d'enfants souffrant de traumatismes éducatifs (variable 36) est la suivante :

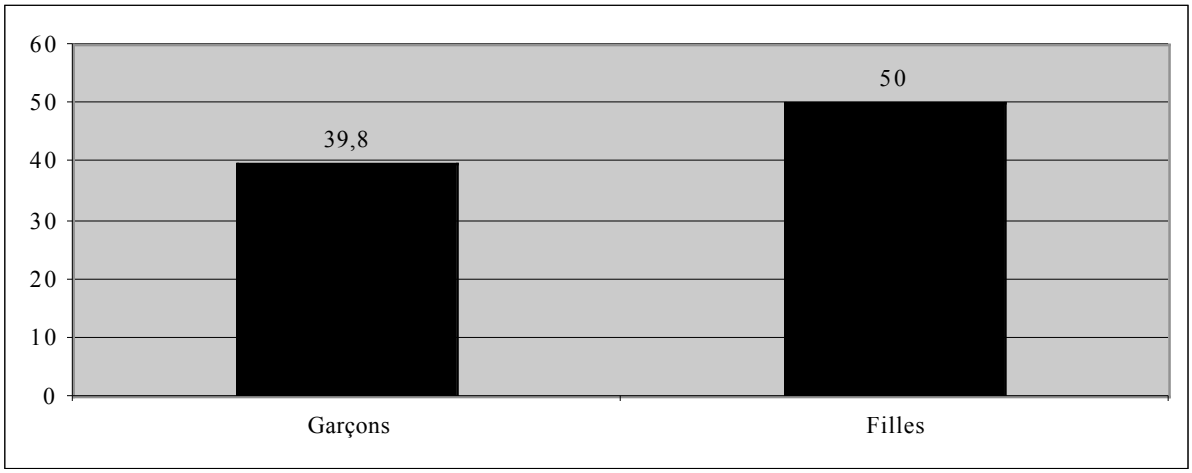


Pour chaque sexe, les traumatismes éducatifs dominants (en % des enfants de chaque sexe) sont les suivants :

. garçons : hyperprotection (9,7 %), carence affective (7,8 %) ;

. filles : forçage (7,3 %), hyperprotection (7,3 %).

Pour chaque sexe, la proportion (en %) d'enfants souffrant de traumatismes environnementaux (variable 37) est la suivante :



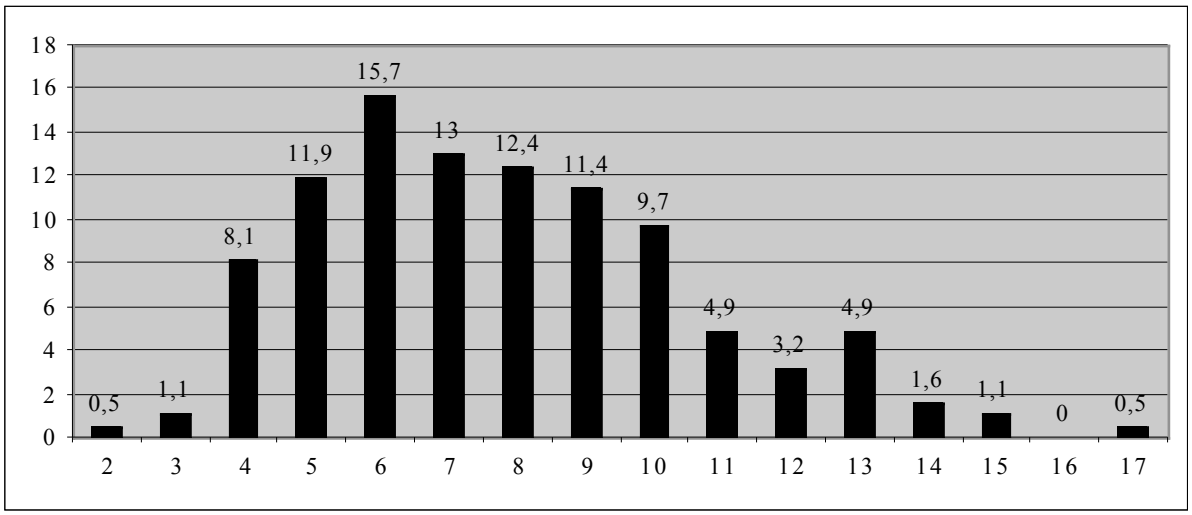
Pour chaque sexe, les traumatismes environnementaux dominants (en % des enfants de chaque sexe) sont les suivants :

. garçons : dépression (9,7 %), maladie (9,7 %), violence (8,7 %), immigration (7,8 %) ;

. filles : maladie (17,1 %), décès (9,8 %), violence (9,8 %).

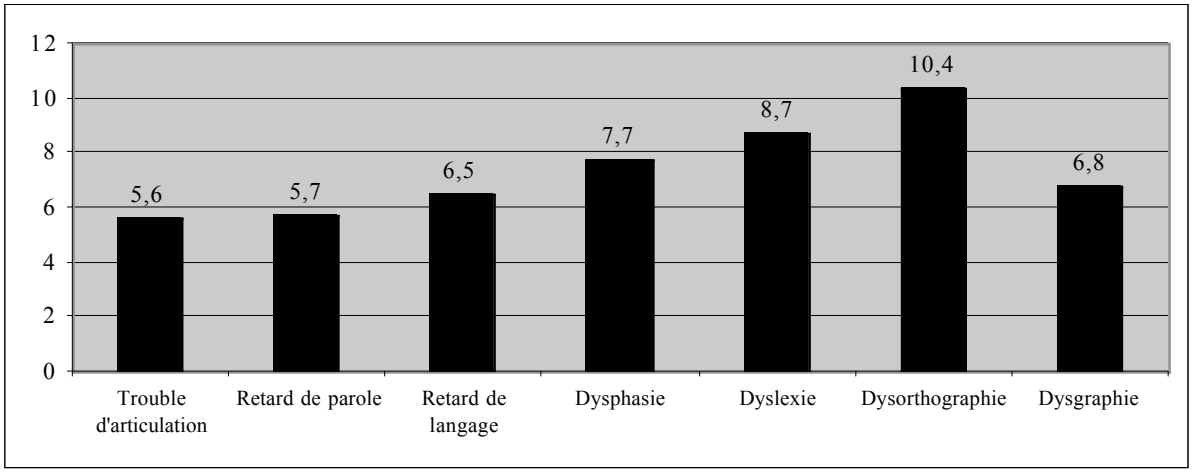
2. Âge

La répartition (en %) des enfants par âge est la suivante :



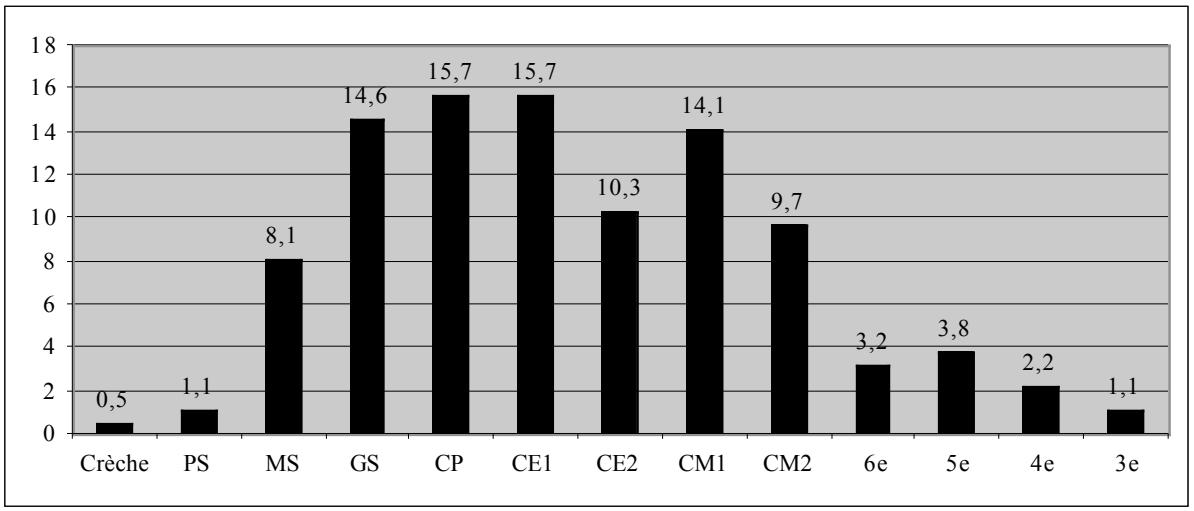
L'âge moyen est de 7,8 ans, avec un écart-type de 2,8.

L'âge moyen des enfants pris en charge pour les différents troubles est le suivant :



3. Classe

La répartition (en %) des enfants par classe est la suivante :



Pour chacun des troubles de langage, le niveau scolaire majoritaire (en % des enfants pris en charge pour le trouble de langage considéré) est le suivant :

. trouble d'articulation : grande section (40 %) ;

. retard de parole : grande section (38,6 %) ;

. retard de langage : grande section (30,1 %) ;

. dysphasie : CP (27,3 %) ;

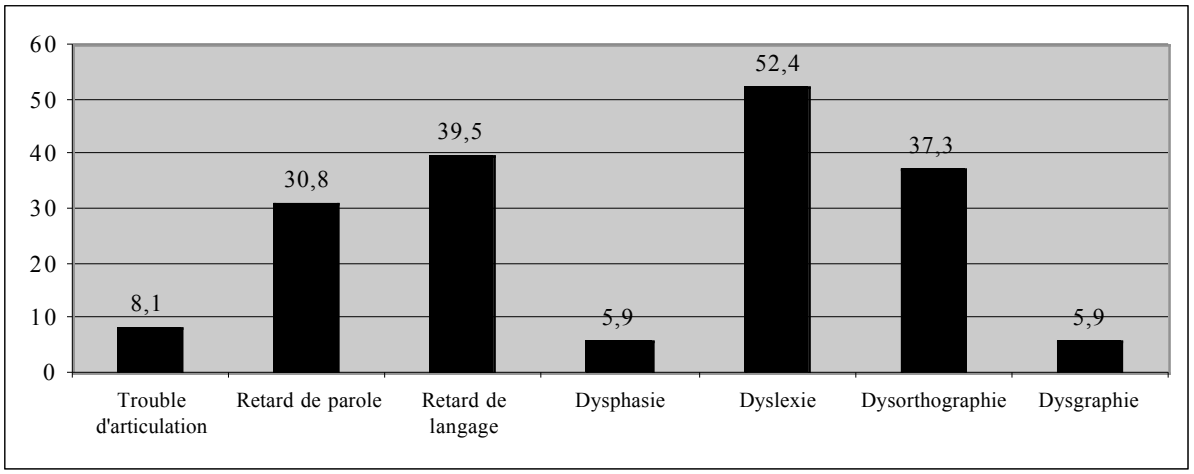
. dyslexie : CE1 (26,8 %) ;

. dysorthographie : CM1 (26,1 %) ;

. dysgraphie : grande section (36,4 %).

4. Type de trouble

Les enfants (en %) sont pris en charge pour la rééducation des troubles suivants :



Le total est supérieur à 100 %, car 59,5 % des enfants sont pris en charge pour plusieurs troubles.

Parmi les combinaisons de troubles, les plus gros effectifs sont les suivants :

. 17,3 % des enfants sont pris en charge pour retard de parole et retard de langage ;

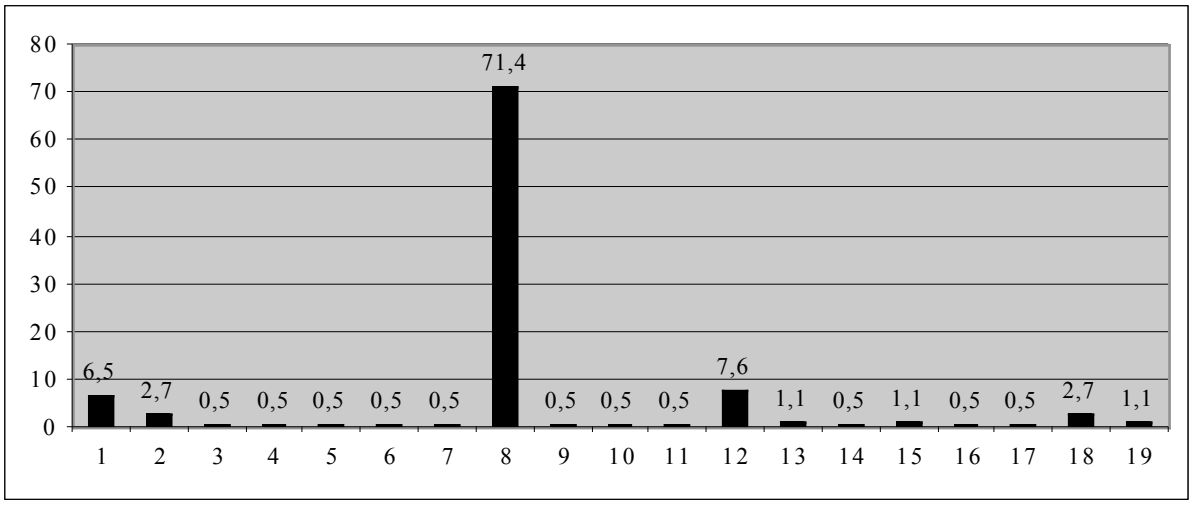
. 16,8 % des enfants sont pris en charge pour dyslexie seule ;

. 11,4 % des enfants sont pris en charge pour dysorthographie seule ;

. 15,7 % des enfants sont pris en charge pour dyslexie et dysorthographie.

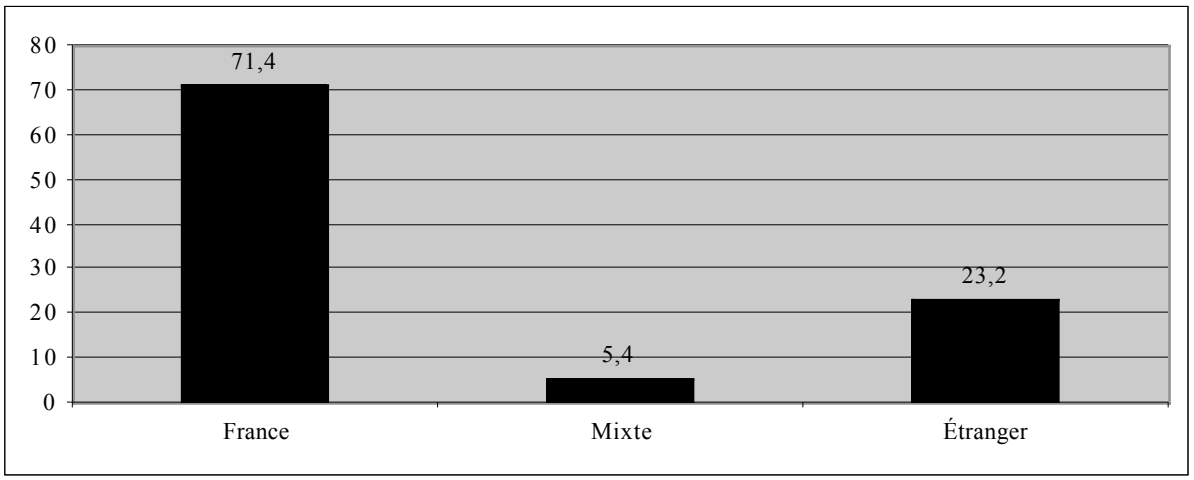
5. Origine

La répartition (en %) des enfants selon l'origine de leur famille est la suivante :



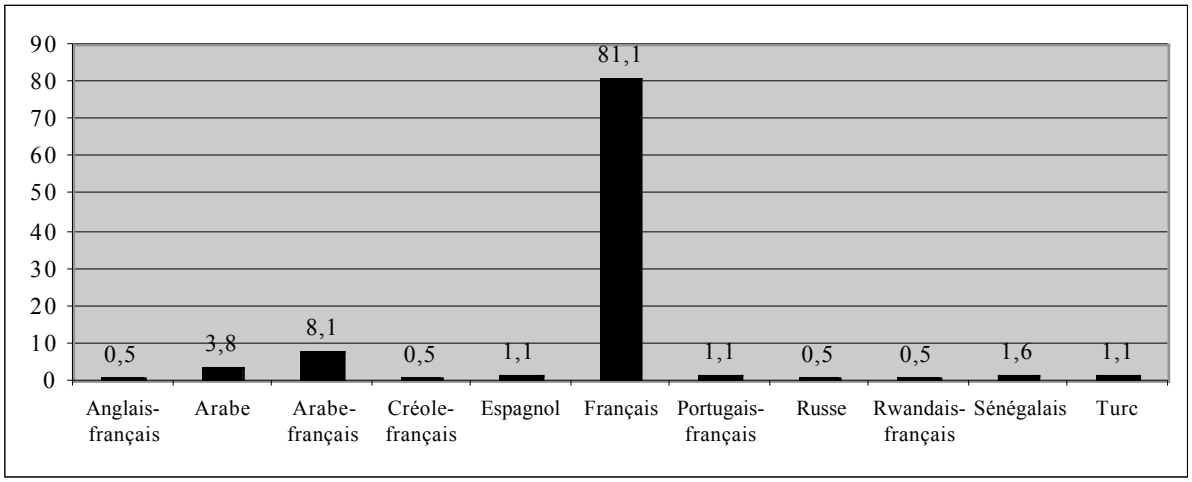
1. Algérie ; 2. Algérie-France ; 3. Algérie-Haïti ; 4. Chili ; 5. Espagne-Bolivie ; 6. Espagne-France ; 7. États-Unis-France ; 8. France ; 9. Haïti ; 10. Iran-Chili ; 11. Liban ; 12. Maroc ; 13. Maroc-France ; 14. Portugal-France ; 15. Portugal ; 16. Russie ; 17. Rwanda ; 18. Sénégal ; 19. Turquie.

En regroupant les origines, cela donne la répartition (en %) suivante :

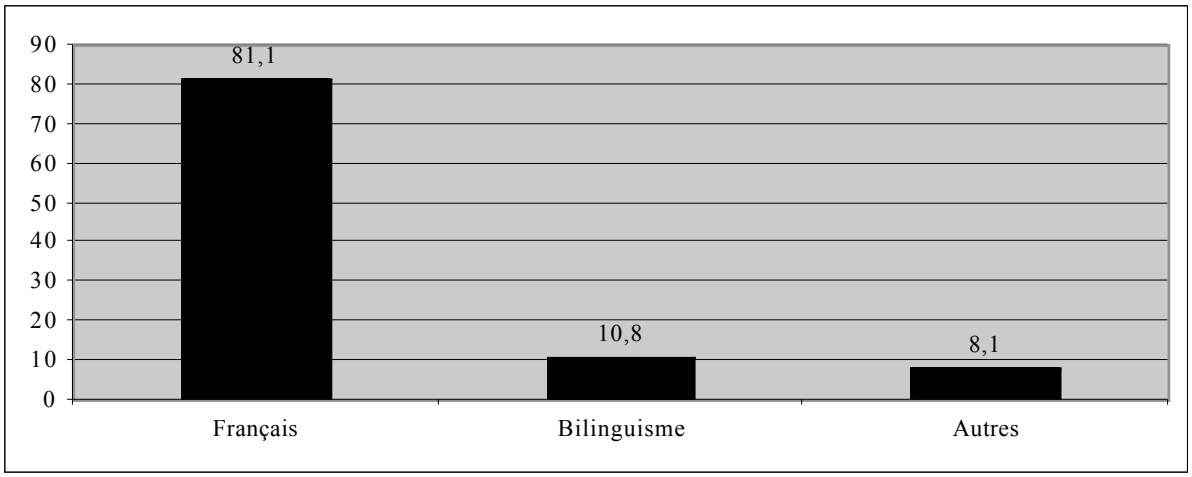


6. Langue parlée à la maison

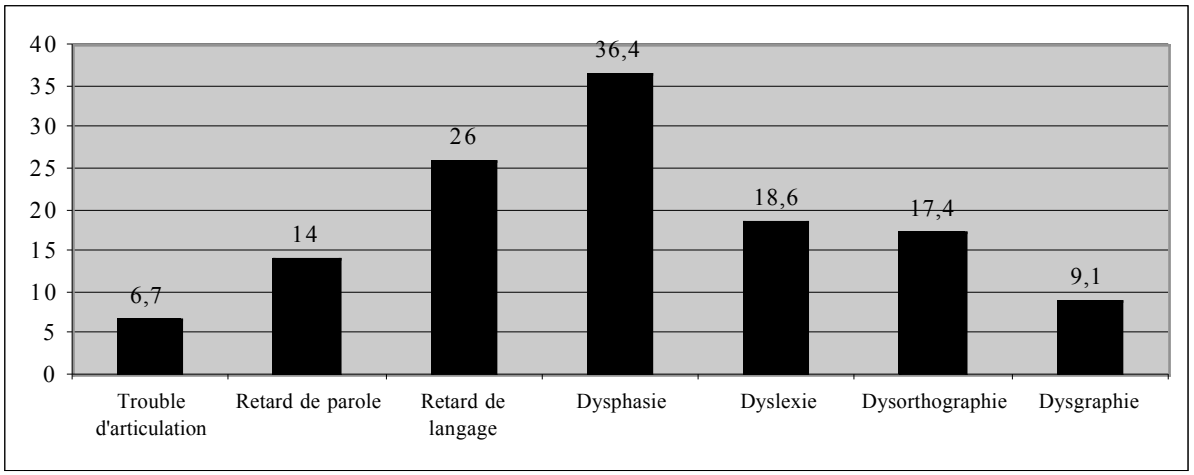
La répartition (en %) des enfants selon la langue parlée à la maison est la suivante :



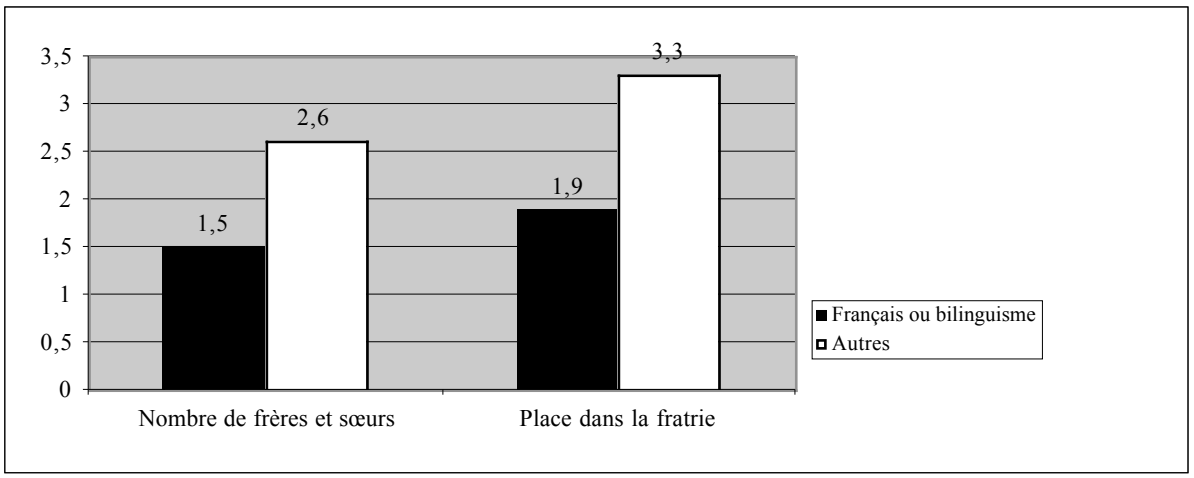
En regroupant les langues, cela donne la répartition (en %) suivante :



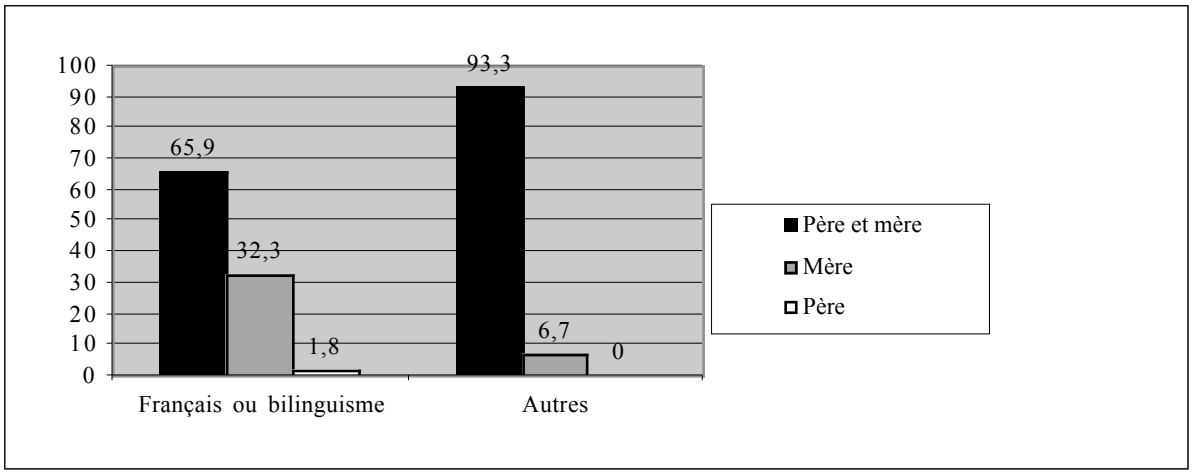
Parmi les enfants bilingues ou ne parlant pas le français à la maison, la proportion (en %) d'enfants pris en charge pour les différents troubles est la suivante :



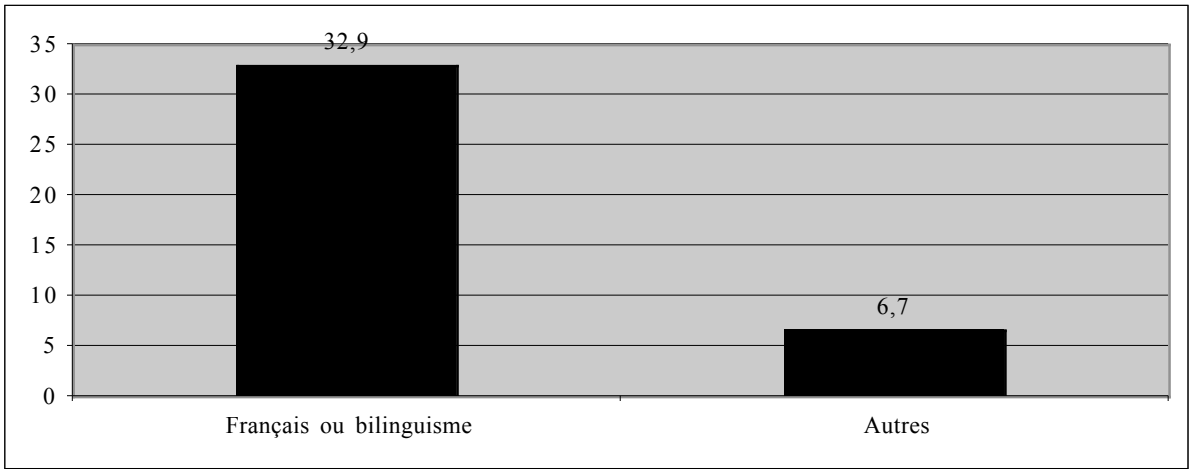
Selon la langue parlée à la maison, le nombre moyen de frères et sœurs et la place moyenne dans la fratrie sont les suivants :



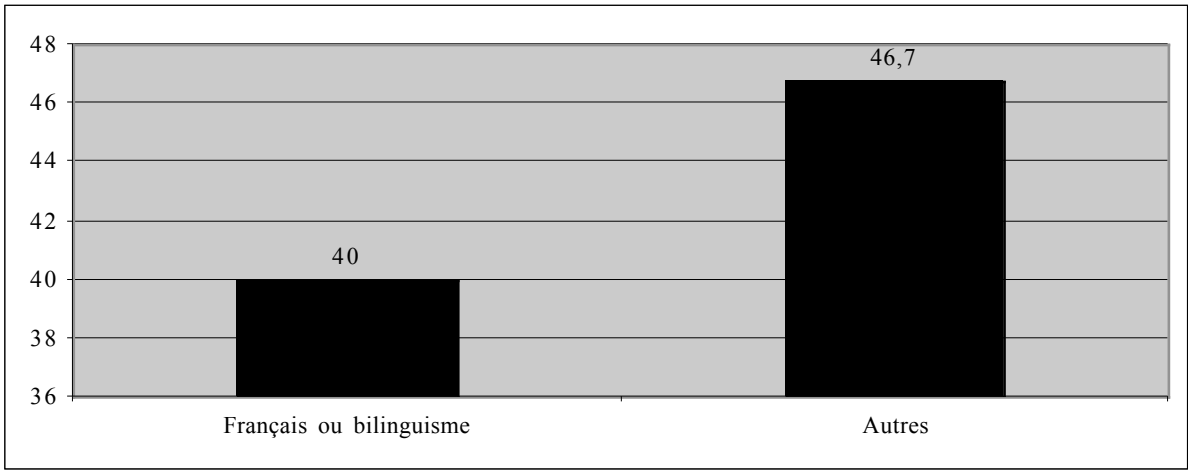
Pour chacun des deux groupes de langue familiale (français ou bilinguisme, autres), la répartition (en %) des enfants selon les personnes avec lesquelles ils vivent est la suivante :



Pour chacun des deux groupes de langue familiale (français ou bilinguisme, autres), le taux (en %) de divorce ou de séparation des parents est le suivant :



Pour chacun des deux groupes de langue familiale (français ou bilinguisme, autres), la proportion (en %) d'enfants présentant d'autres symptômes (variable 34) est la suivante :

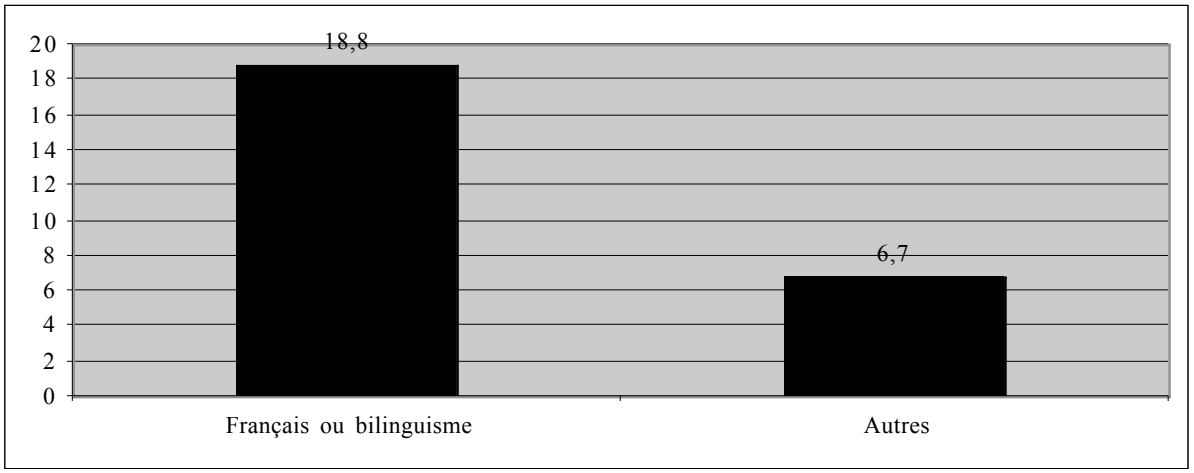


Pour chacun des deux groupes de langue familiale (français ou bilinguisme, autres), les symptômes dominants (en % des enfants du groupe considéré) sont les suivants :

. français ou bilinguisme : immaturité (12,4 %), troubles du comportement (8,2 %), troubles de l'attention (7,6 %) ;

. autres : timidité (20 %).

Pour chacun des deux groupes de langue familiale (français ou bilinguisme, autres), la proportion (en %) d'enfants soutenus par d'autres traitements et suivis (variable 35) est la suivante :

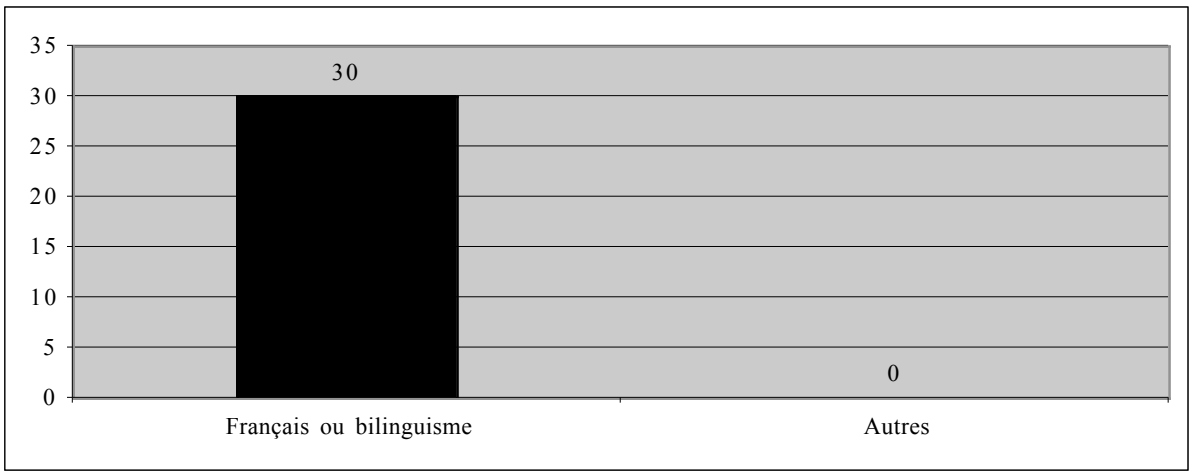


Pour chacun des deux groupes de langue familiale (français ou bilinguisme, autres), les suivis et traitements dominants (en % des enfants du groupe considéré) sont les suivants :

. français ou bilinguisme : psychothérapie (13,5 %) ;

. autres : la répartition est trop dispersée pour identifier un suivi dominant.

Pour chacun des deux groupes de langue familiale (français ou bilinguisme, autres), la proportion (en %) d'enfants souffrant de traumatismes éducatifs (variable 36) est la suivante :

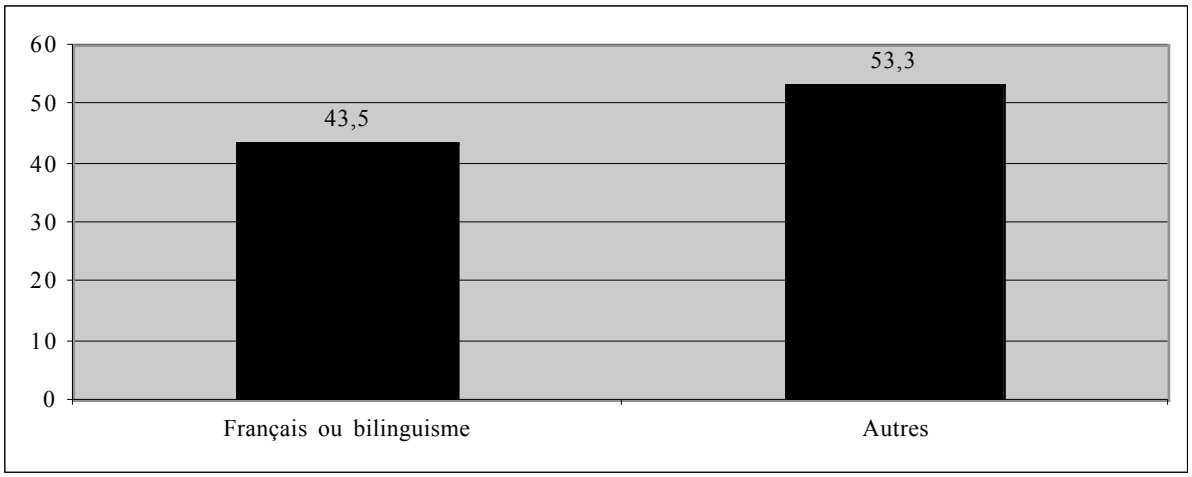


Pour chacun des deux groupes de langue familiale (français ou bilinguisme, autres), les traumatismes éducatifs dominants (en % des enfants du groupe considéré) sont les suivants :

. français ou bilinguisme : hyperprotection (9,4 %) ;

. autres : aucun traumatisme éducatif.

Pour chacun des deux groupes de langue familiale (français ou bilinguisme, autres), la proportion (en %) d'enfants souffrant de traumatismes environnementaux (variable 37) est la suivante :



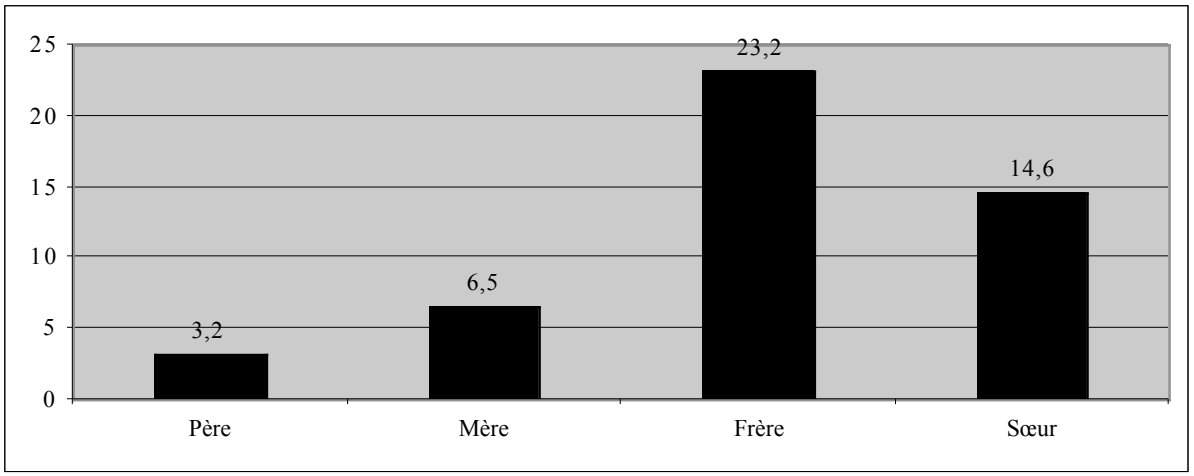
Pour chacun des deux groupes de langue familiale (français ou bilinguisme, autres), les traumatismes environnementaux dominants (en % des enfants du groupe considéré) sont les suivants :

. français ou bilinguisme : maladie (12,4 %), dépression (9,4 %), violence (9,4 %), décès (8,2 %) ;

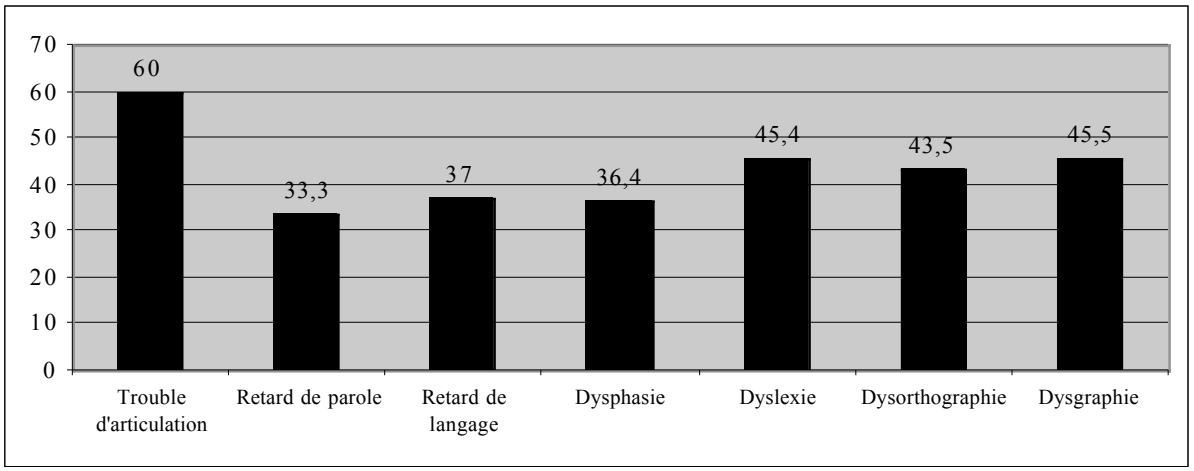
. autres : immigration (33,3 %), maladie (20 %).

7. Autres membres de la famille présentant un trouble de langage

38,9 % des enfants ont un ou plusieurs parent(s) présentant un trouble de langage :

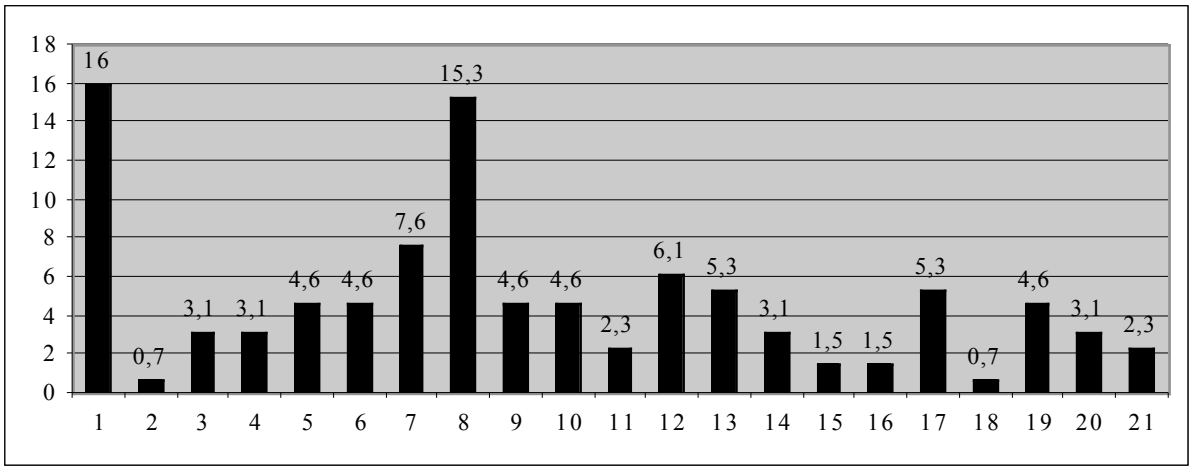


La proportion (en %) d'enfants ayant un ou plusieurs parent(s) présentant un trouble de langage pris en charge pour les différents troubles est la suivante :



8. Profession du père

La répartition (en %) des enfants selon la profession du père est la suivante :



1. Sans ; 2. Agriculteur ; 3. Chauffeur, cheminot ; 4. Éboueur ; 5. Employé de commerce ; 6. Ménages, gardes d'enfants ; 7. Militaire, policier ; 8. Ouvrier ; 9. Technicien ; 10. Artisan ; 11. Artiste, graphiste ; 12. Commerçant ; 13. Commercial ; 14. Comptable, secrétaire ; 15. Éducateur, moniteur ; 16. Architecte, notaire ; 17. Cadre, ingénieur ; 18. Écrivain ; 19. Enseignant ; 20. Médecin, psychologue ; 21. Scientifique.

Ces professions ont été classées en quatre groupes socio-éducatifs selon la fréquence et la qualité d'usage supposées du langage oral et écrit par le père :

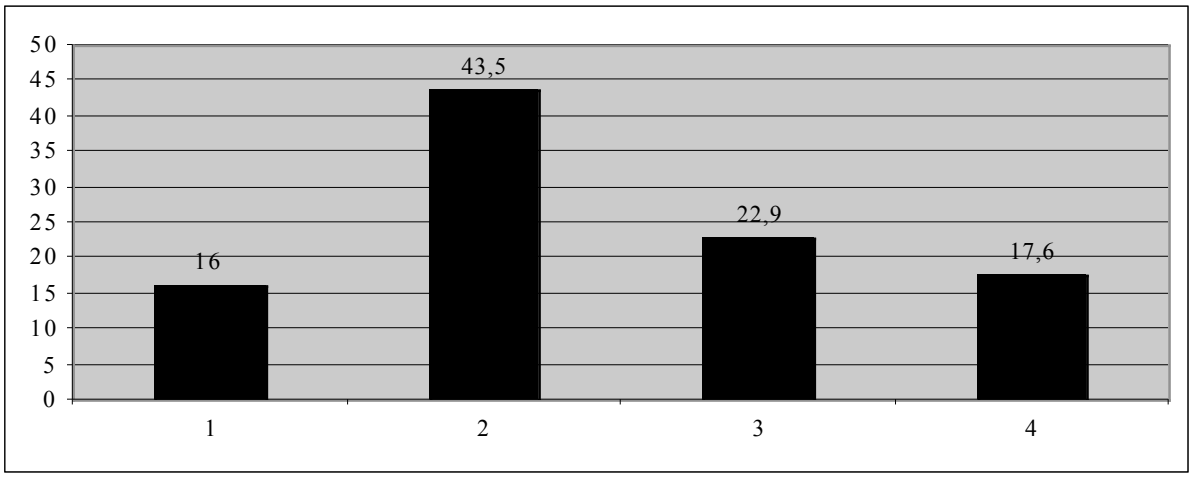
1. précarité, chômage ;

2. agriculteur, chauffeur, cheminot, éboueur, employé de commerce, ménages, gardes d'enfants, militaire, policier, ouvrier, technicien ;

3. artisan, artiste, graphiste, commerçant, commercial, comptable, secrétaire, éducateur, moniteur ;

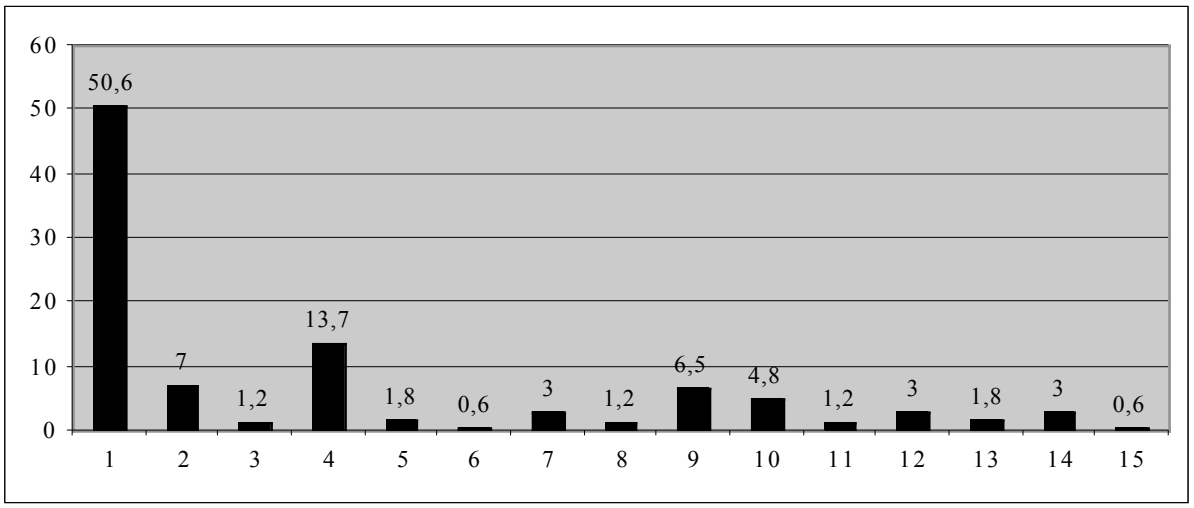
4. architecte, notaire, cadre, ingénieur, écrivain, enseignant, médecin, psychologue, scientifique.

La répartition (en %) des enfants selon ces quatre groupes socio-éducatifs est la suivante :



9. Profession de la mère

La répartition (en %) des enfants selon la profession de la mère est la suivante :



1. Sans ; 2. Employée de commerce ; 3. ATSEM ; 4. Ménages, gardes d'enfants ; 5. Technicienne ; 6. Artiste ; 7. Commerçante ; 8. Commerciale ; 9. Comptable, secrétaire ; 10. Éducatrice, infirmière ; 11. Étudiante ; 12. Cadre, ingénieur ; 13. Enseignante ; 14. Médecin, pharmacienne, psychologue ; 15. Scientifique.

Ces professions ont été classées en quatre groupes socio-éducatifs selon la fréquence et la qualité d'usage supposées du langage oral et écrit par la mère :

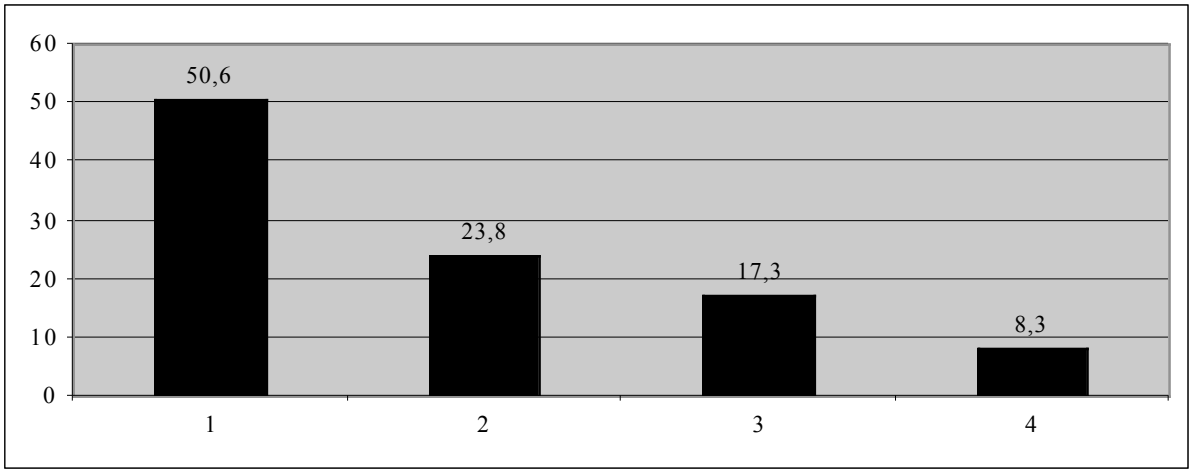
1. précarité, chômage, au foyer ;

2. employée de commerce, ATSEM, ménages, gardes d'enfants, technicienne ;

3. artiste, commerçante, commerciale, comptable, secrétaire, éducatrice, infirmière, étudiante ;

4. cadre, ingénieur, enseignante, médecin, pharmacienne, psychologue, scientifique.

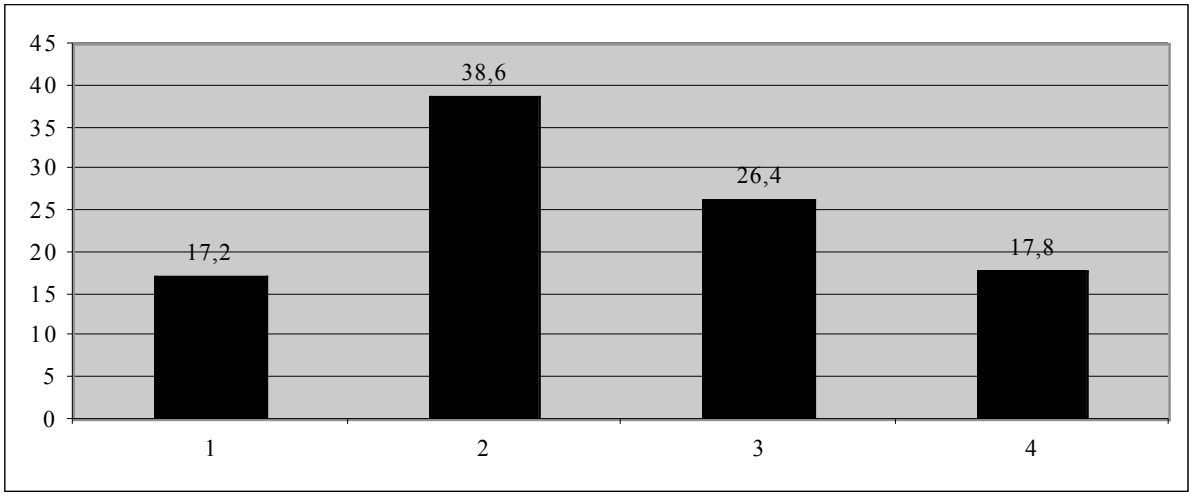
La répartition (en %) des enfants selon ces quatre groupes socio-éducatifs est la suivante :



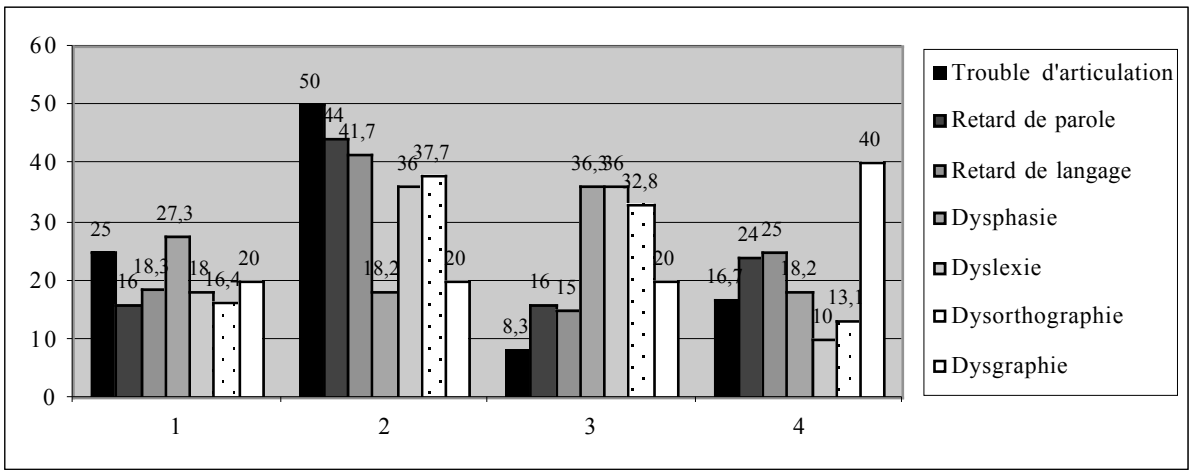
10. Niveau socio-éducatif de la famille

Les familles ont été classées en quatre groupes de fréquence et de qualité d'usage supposées du langage oral et écrit, le groupe le plus élevé entre celui du père et celui de la mère faisant office de groupe de la famille. Le groupe 1 correspond au niveau de langage le plus simple ; le groupe 4 au plus élaboré.

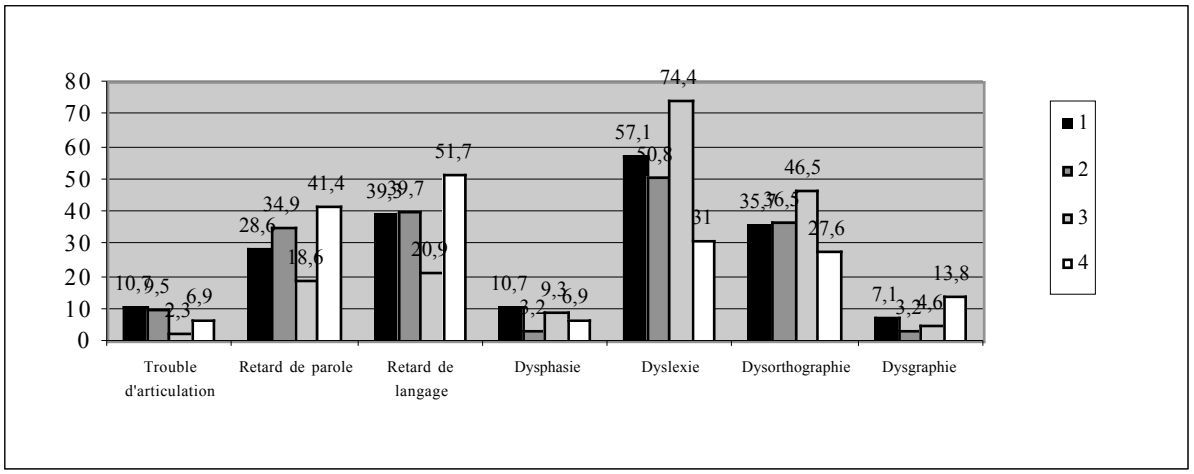
La répartition (en %) des enfants selon ces quatre groupes socio-éducatifs est la suivante :



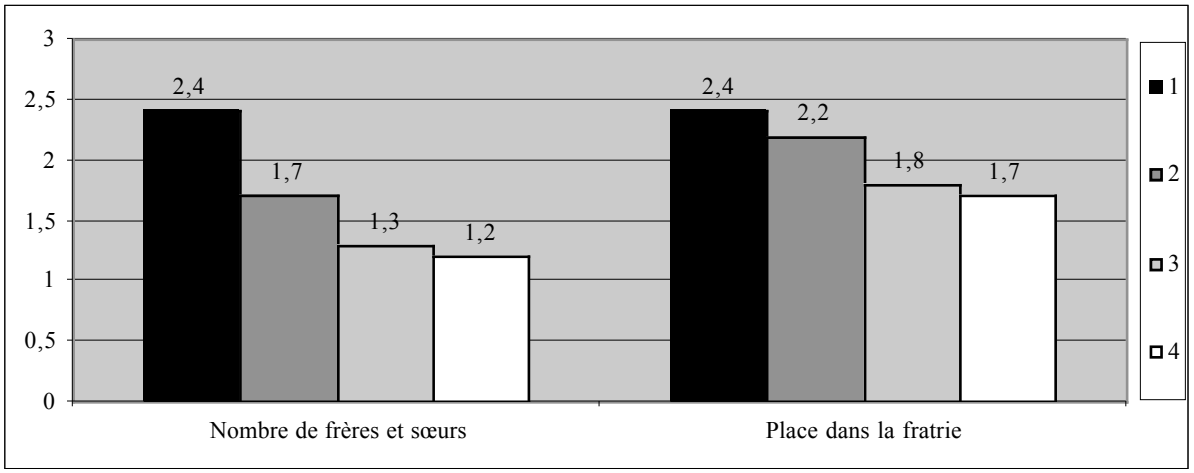
Pour chacun des troubles de langage, la répartition (en %) des enfants selon ces quatre groupes socio-éducatifs est la suivante :



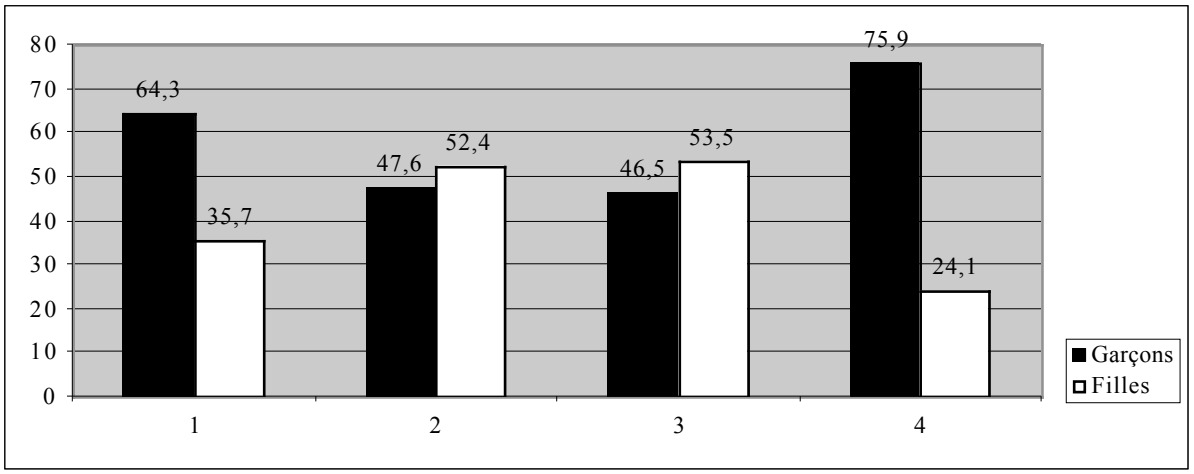
Pour chacun des quatre groupes socio-éducatifs, les enfants (en %) sont pris en charge pour la rééducation des troubles suivants :



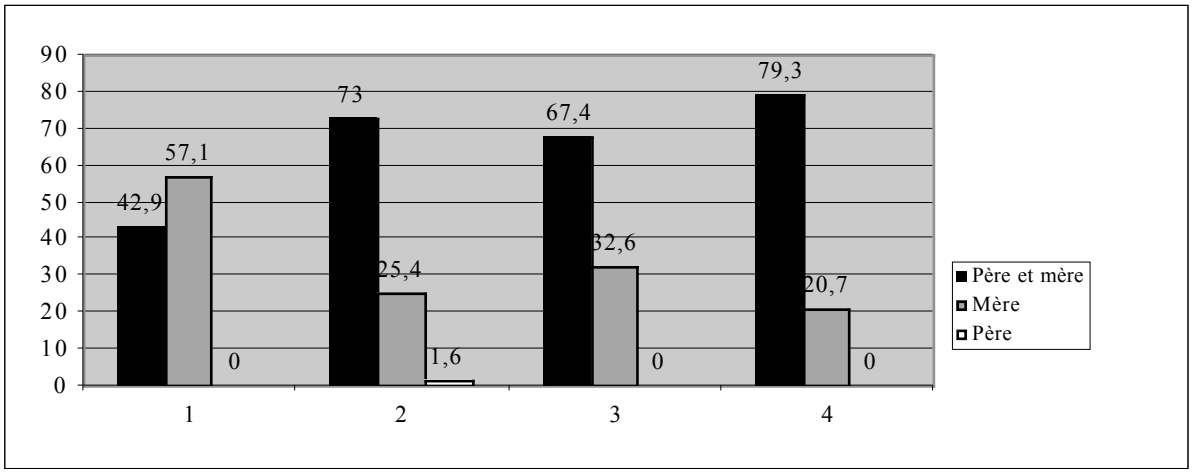
Pour chacun des quatre groupes socio-éducatifs, le nombre moyen de frères et sœurs et la place moyenne dans la fratrie sont les suivants :



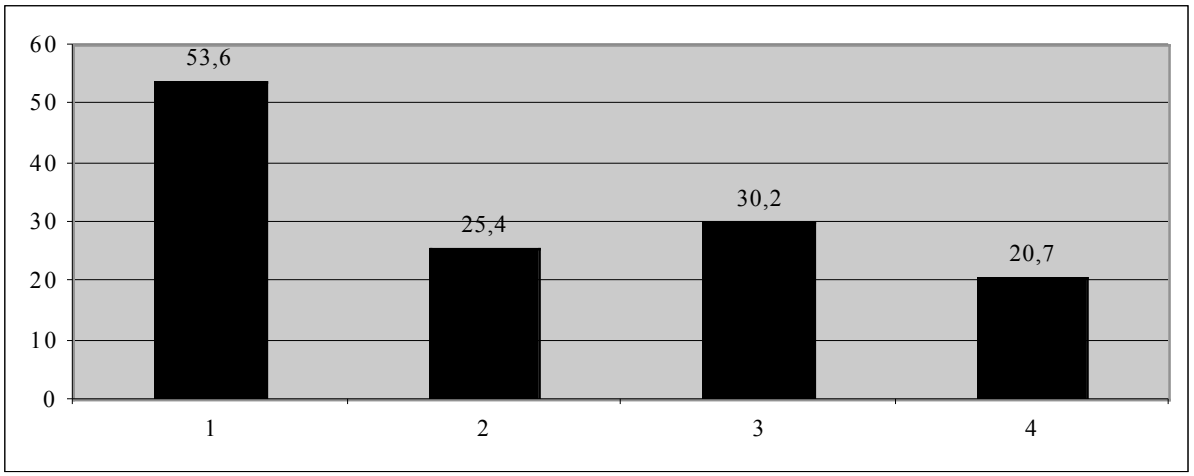
Pour chacun des quatre groupes socio-éducatifs, la répartition (en %) des garçons et des filles est la suivante :



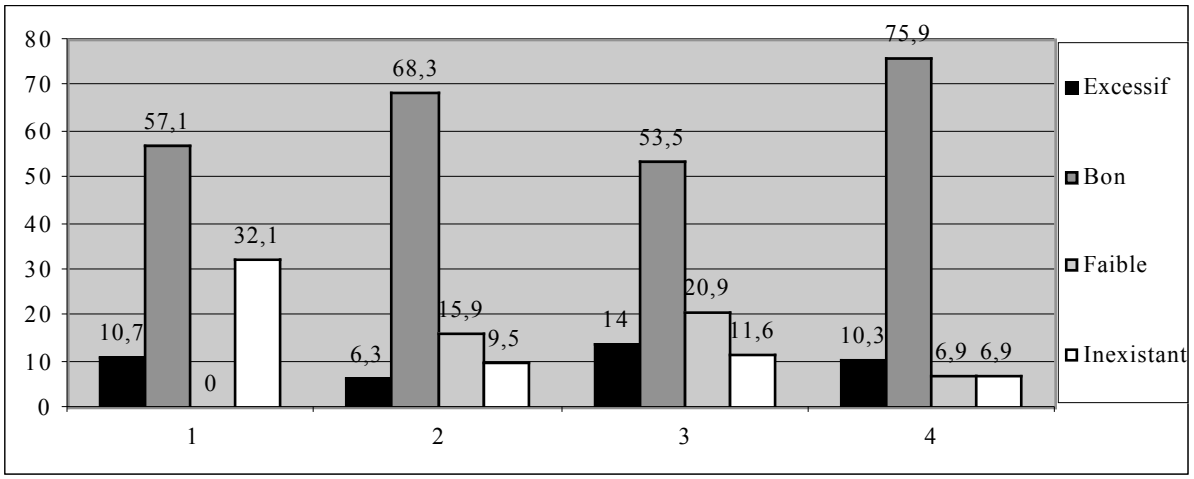
Pour chacun des quatre groupes socio-éducatifs, la répartition (en %) des enfants selon les personnes avec lesquelles ils vivent est la suivante :



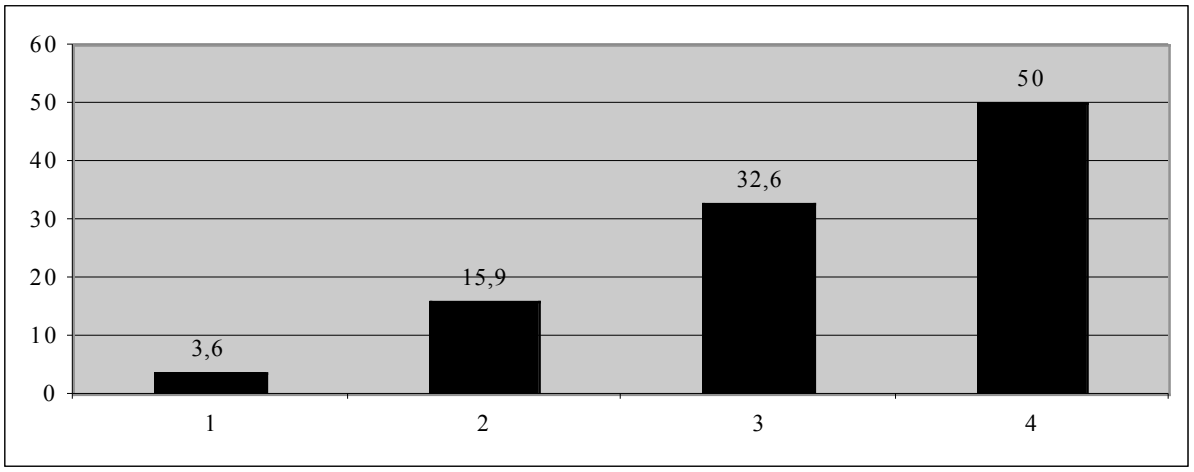
Pour chacun des quatre groupes socio-éducatifs, la proportion (en %) d'enfants dont les parents sont divorcés ou séparés est la suivante :



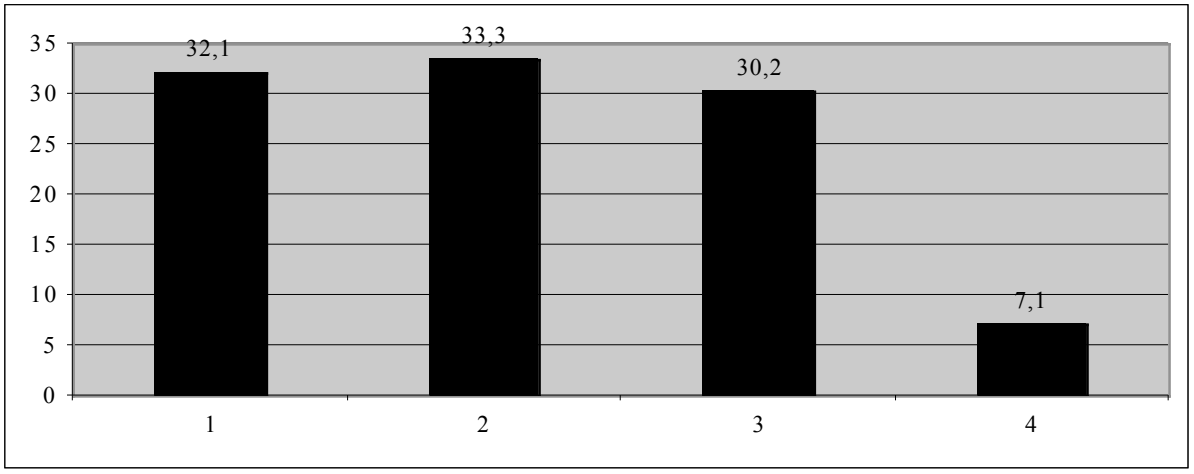
Pour chacun des quatre groupes socio-éducatifs, la répartition (en %) des enfants selon la qualité du soutien familial vis-à-vis de la rééducation orthophonique (variable 20) est la suivante :



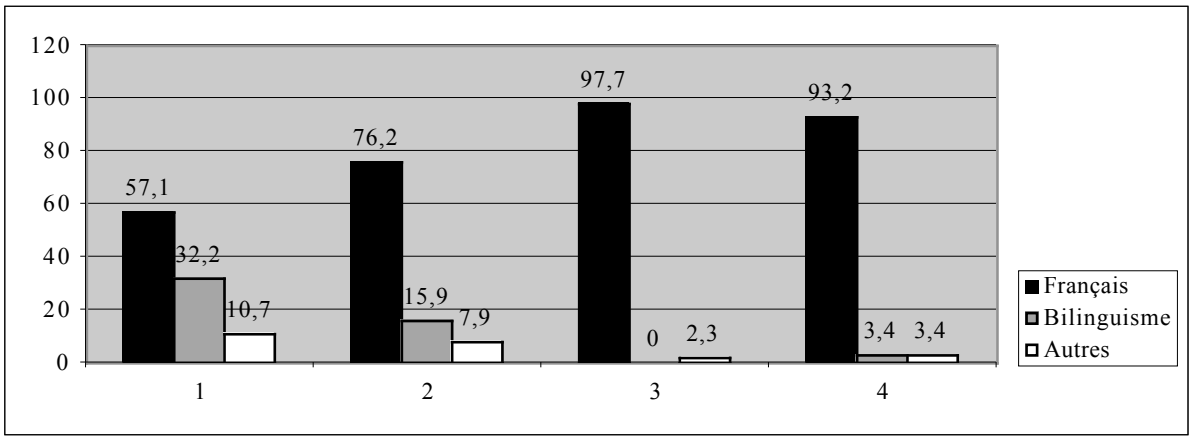
Pour chacun des quatre groupes socio-éducatifs, la proportion (en %) d'enfants fréquentant une école privée est la suivante :



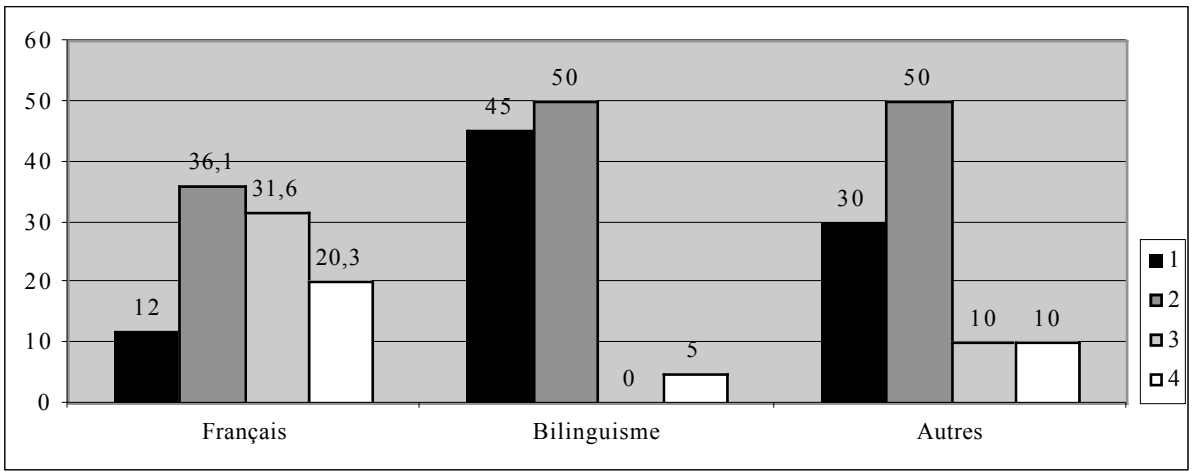
Pour chacun des quatre groupes socio-éducatifs, la proportion (en %) d'enfants ayant redoublé est la suivante :



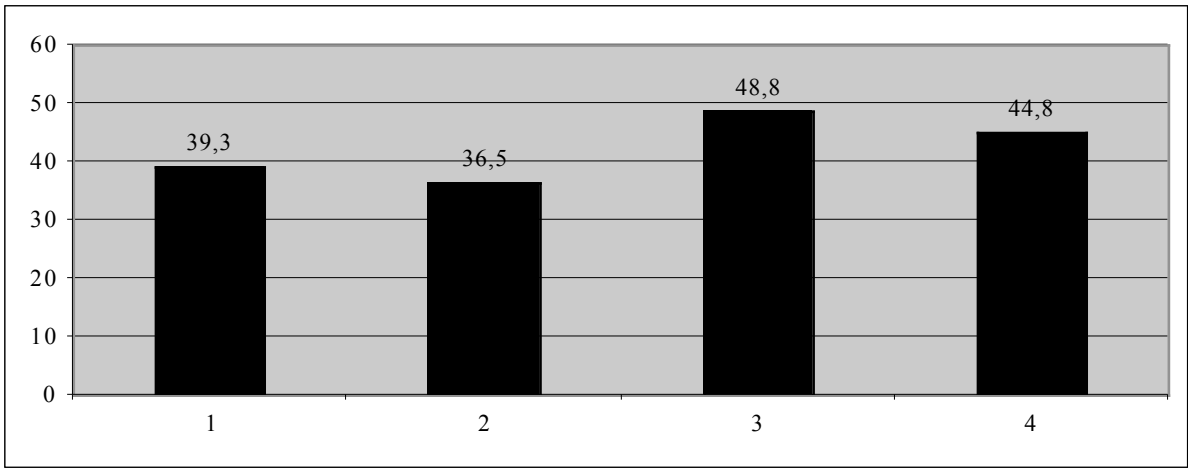
Pour chacun des quatre groupes socio-éducatifs, la proportion (en %) d'enfants parlant le français, bilingues ou ne parlant pas le français à la maison est la suivante :



Pour chacun des trois types de langue familiale, la répartition (en %) des enfants entre les quatre groupes socio-éducatifs est la suivante :



Pour chacun des quatre groupes socio-éducatifs, la proportion (en %) d'enfants présentant d'autres symptômes (variable 34) est la suivante :



Pour chacun des quatre groupes socio-éducatifs, les symptômes dominants (en % d'enfants du groupe considéré) sont les suivants :

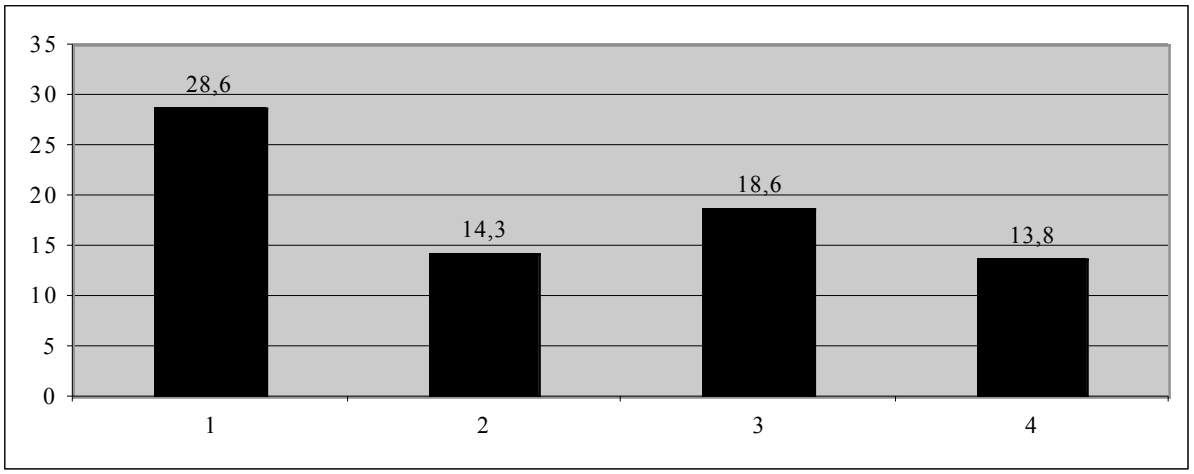
. groupe 1 : troubles du comportement (21,4 %), immaturité (10,7 %) ;

. groupe 2 : immaturité (12,7 %), inhibition (7,9 %) ;

. groupe 3 : troubles de l'attention (14 %) ;

. groupe 4 : immaturité (20,7 %), agitation (10,3 %), troubles de l'attention (10,3 %).

Pour chacun des quatre groupes socio-éducatifs, la proportion (en %) d'enfants soutenus par d'autres suivis ou traitements (variable 35) est la suivante :



Pour chacun des quatre groupes socio-éducatifs, les suivis dominants (en % d'enfants du groupe considéré) sont les suivants :

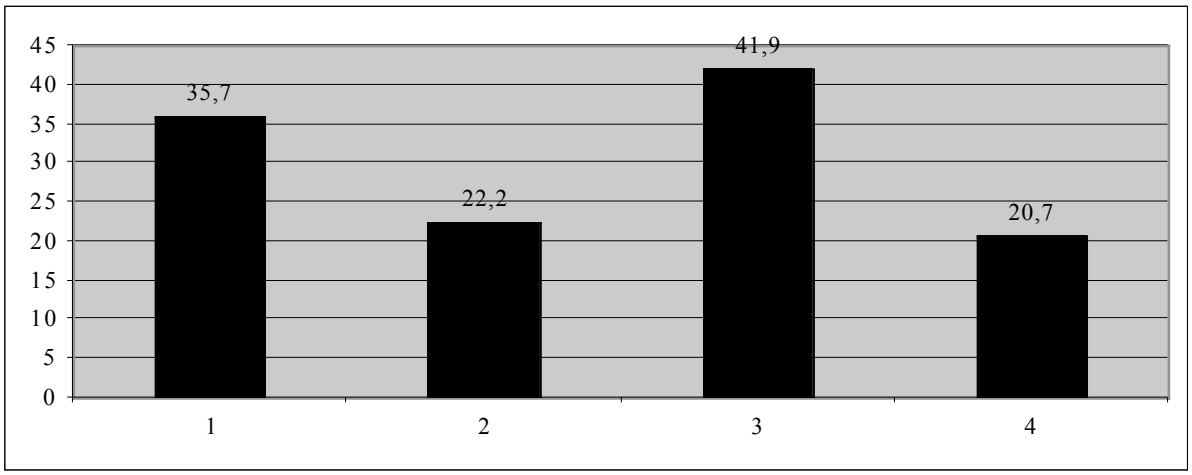
. groupe 1 : psychothérapie (17,9 %), RASED (10,7 %) ;

. groupe 2 : psychothérapie (12,7 %) ;

. groupe 3 : psychothérapie (14 %) ;

. groupe 4 : psychomotricité (10,3 %).

Pour chacun des quatre groupes socio-éducatifs, la proportion (en %) d'enfants souffrant de traumatismes éducatifs (variable 36) est la suivante :



Pour chacun des quatre groupes socio-éducatifs, les traumatismes éducatifs dominants (en % d'enfants du groupe considéré) sont les suivants :

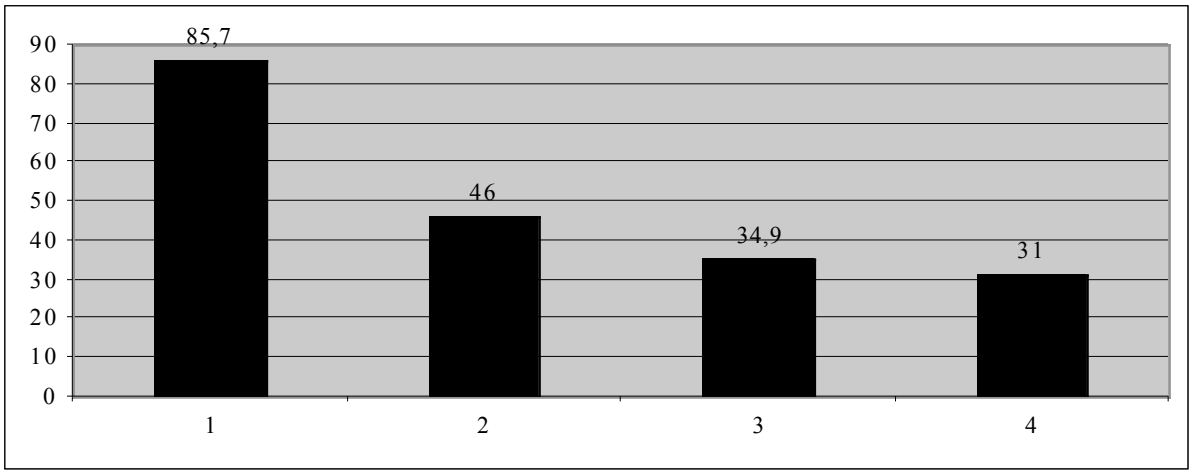
. groupe 1 : carence affective (17,9 %) ;

. groupe 2 : absence de limites (7,9 %), hyperprotection (7,9 %) ;

. groupe 3 : hyperprotection (16,3 %), forçage (11,6 %), absence de limites (9,3 %) ;

. groupe 4 : forçage (10,3 %), hyperprotection (6,9 %).

Pour chacun des quatre groupes socio-éducatifs, la proportion (en %) d'enfants souffrant de traumatismes environnementaux (variable 37) est la suivante :



Pour chacun des quatre groupes socio-éducatifs, les traumatismes environnementaux dominants (en % d'enfants du groupe considéré) sont les suivants :

. groupe 1 : maladie (25 %), alcoolisme (17,9 %) ;

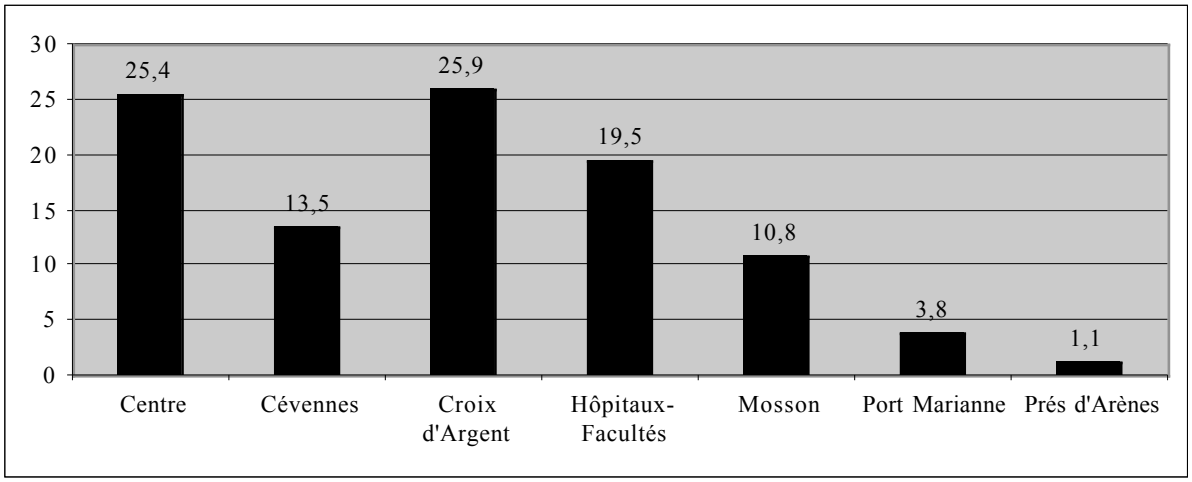
. groupe 2 : maladie (14,3 %), violence (14,3 %), décès (9,5 %), dépression (9,5 %) ;

. groupe 3 : maladie (14 %), dépression (9,3 %) ;

. groupe 4 : dépression (10,3 %).

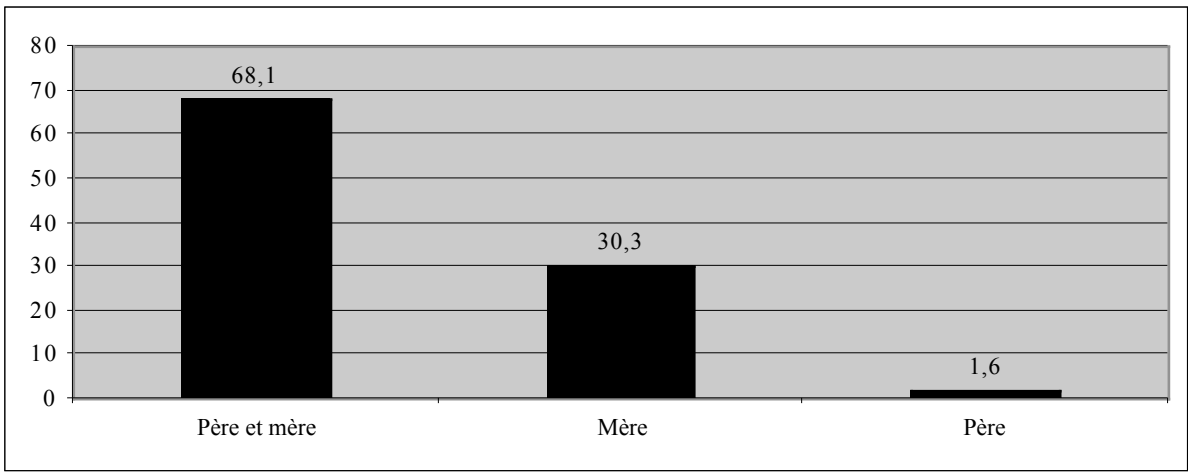
11. Quartier de résidence

La répartition (en %) des enfants par quartier de Montpellier est la suivante :

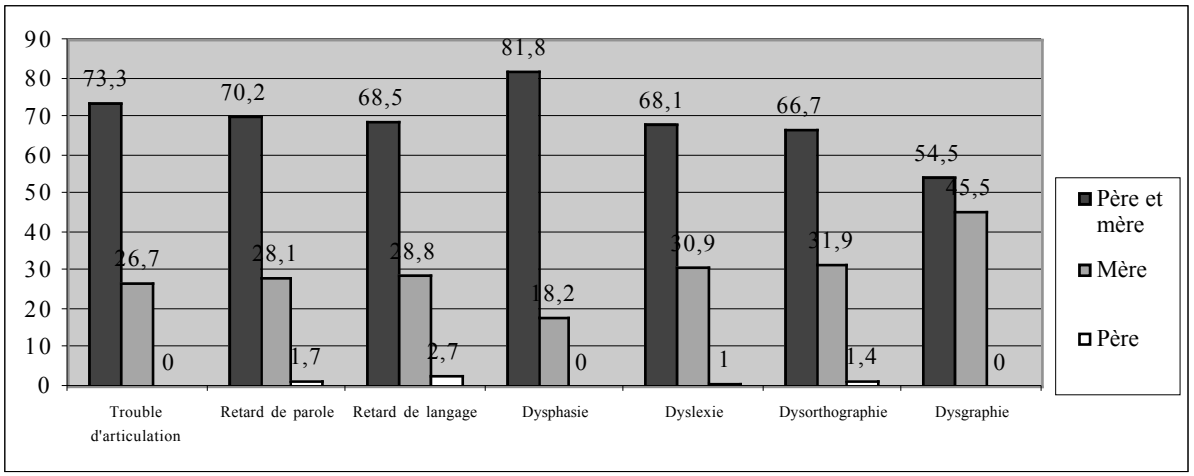


12. Entourage familial de l'enfant

La répartition (en %) des enfants selon les parents biologiques avec lesquels ils vivent est la suivante :

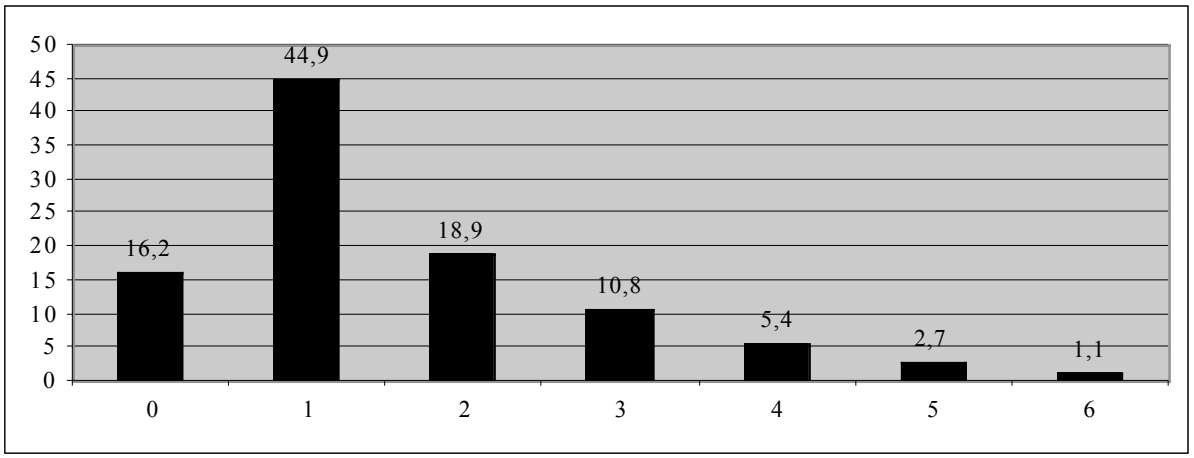


Pour chacun des troubles de langage, la répartition (en %) des enfants selon les parents biologiques avec lesquels ils vivent est la suivante :



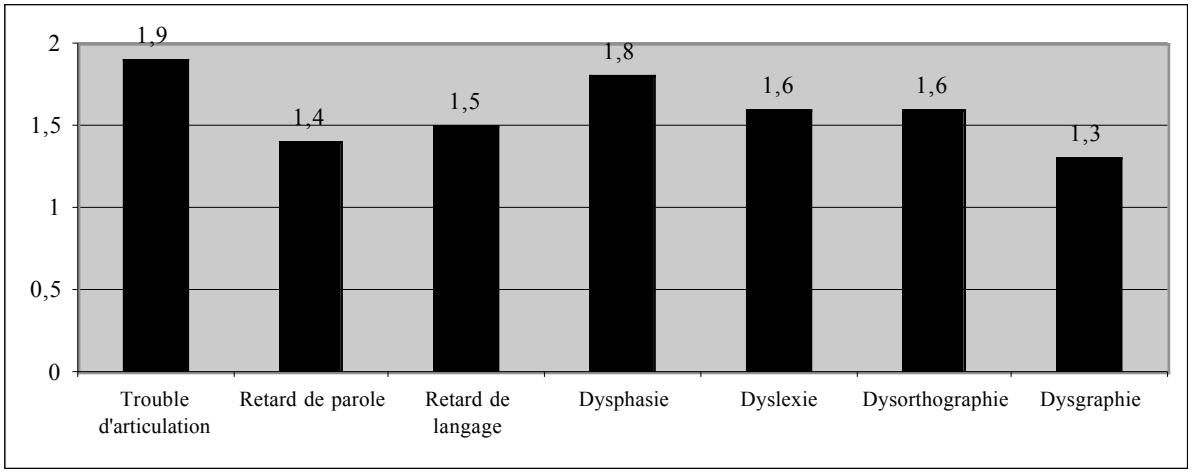
13. Nombre de frères et sœurs

La répartition (en %) des enfants selon leur nombre de frères et sœurs est la suivante :



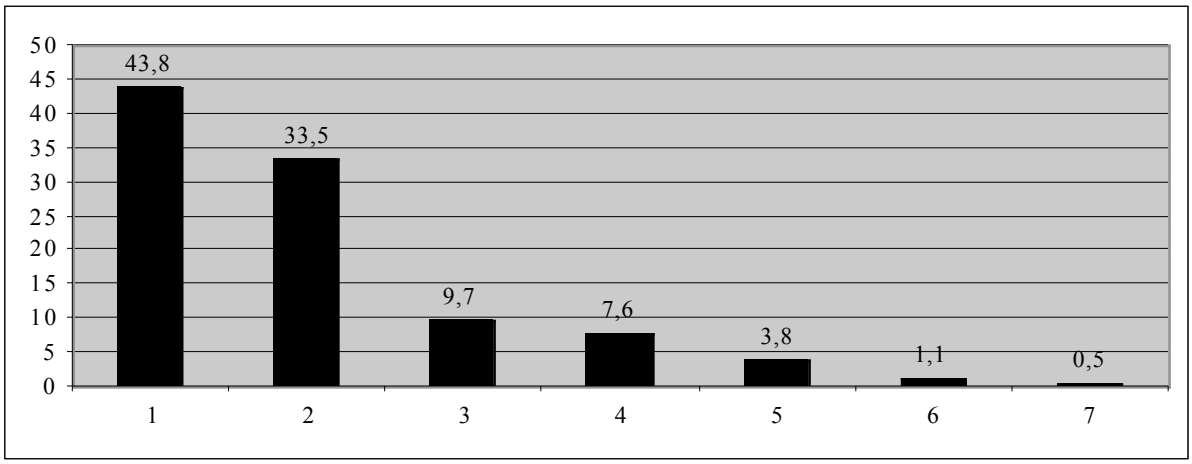
Le nombre moyen de frères et sœurs est de 1,6, avec un écart-type de 1,3.

Pour chacun des troubles de langage, le nombre moyen de frères et sœurs est le suivant :



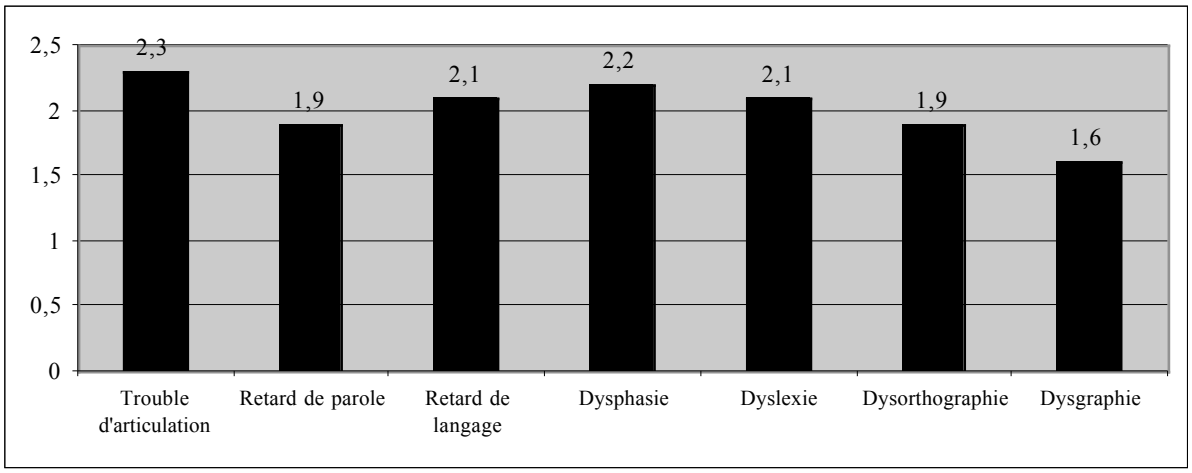
14. Place dans la fratrie

La répartition (en %) des enfants selon leur place dans la fratrie est la suivante :



La place moyenne dans la fratrie est 2, avec un écart-type de 1,2.

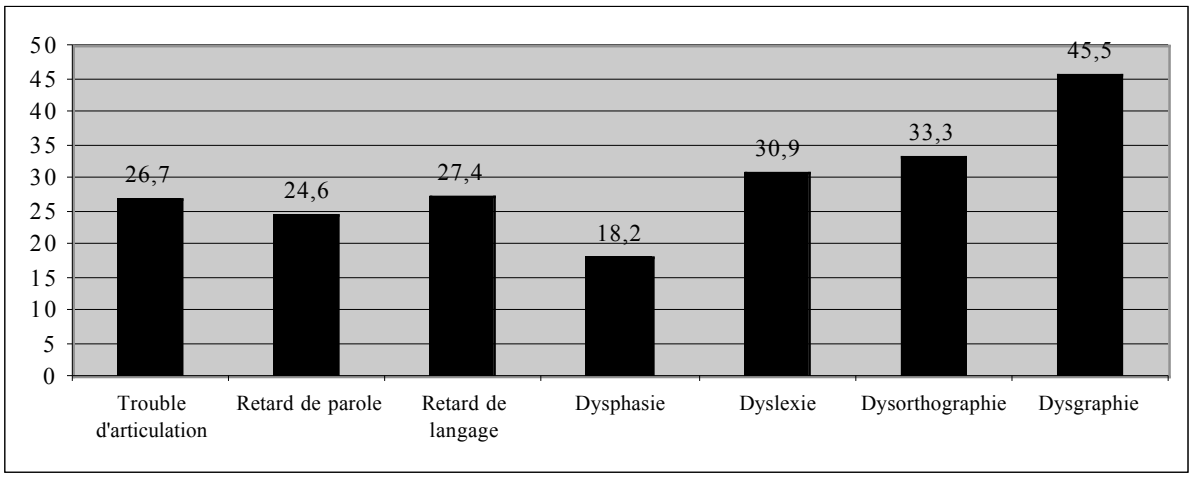
Pour chacun des troubles de langage, la place moyenne dans la fratrie est la suivante :



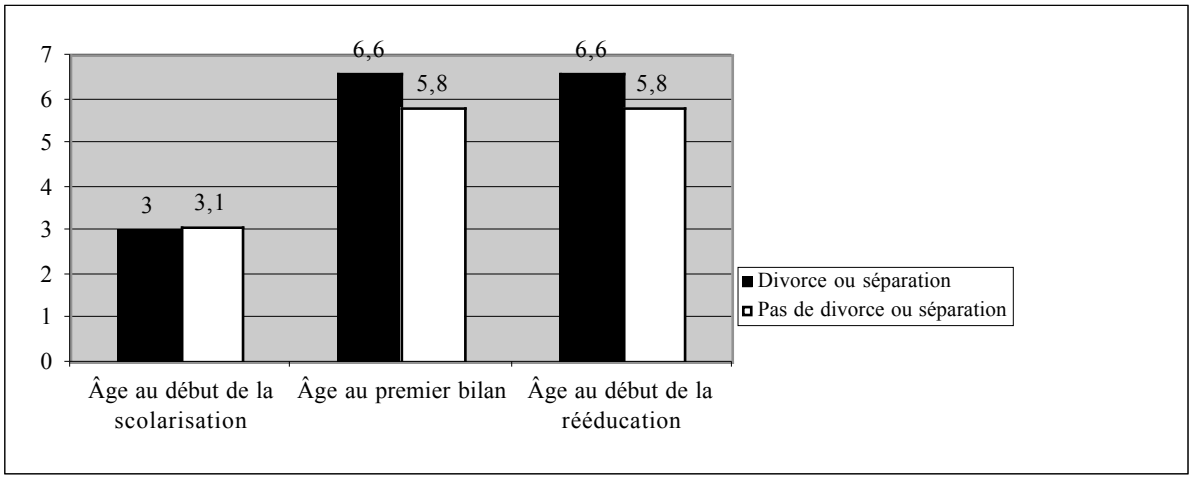
15. Divorce ou séparation des parents

30,8 % des enfants ont des parents divorcés ou séparés.

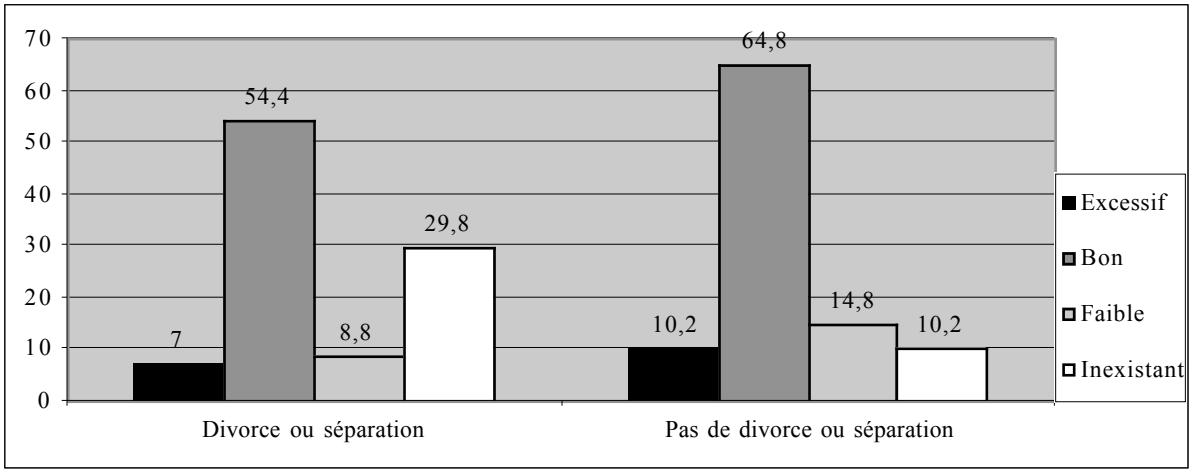
Pour chacun des troubles de langage, le taux (en %) de divorce ou de séparation des parents est le suivant :



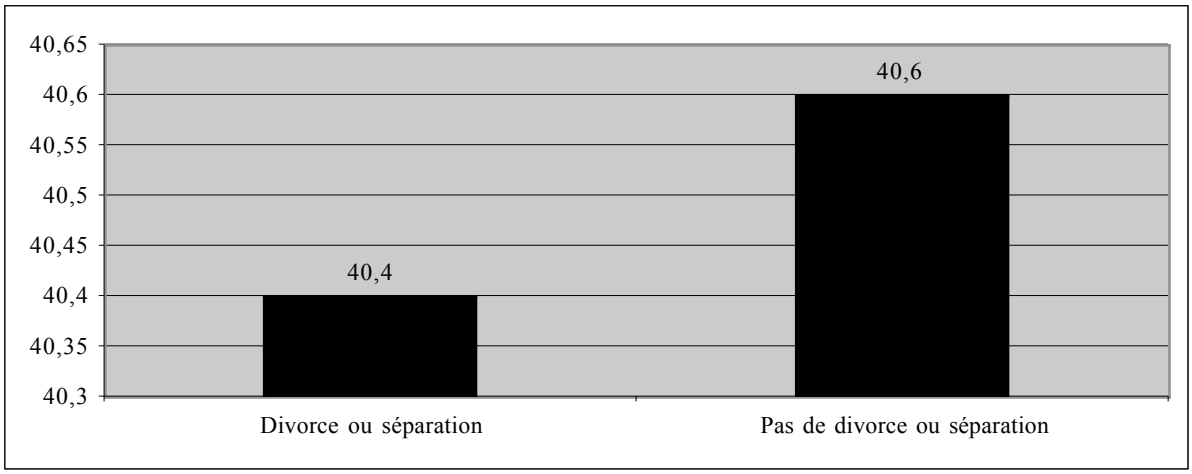
Selon l'existence ou non d'un divorce ou d'une séparation, les âges moyens de début de scolarisation, de diagnostic (premier bilan) et de début de prise en charge orthophonique sont les suivants :



Selon l'existence ou non d'un divorce ou d'une séparation, la répartition (en %) de la qualité du soutien familial à la rééducation (variable 20) est la suivante :



Selon l'existence ou non d'un divorce ou d'une séparation, la proportion (en %) d'enfants présentant d'autres symptômes (variable 34) est la suivante :

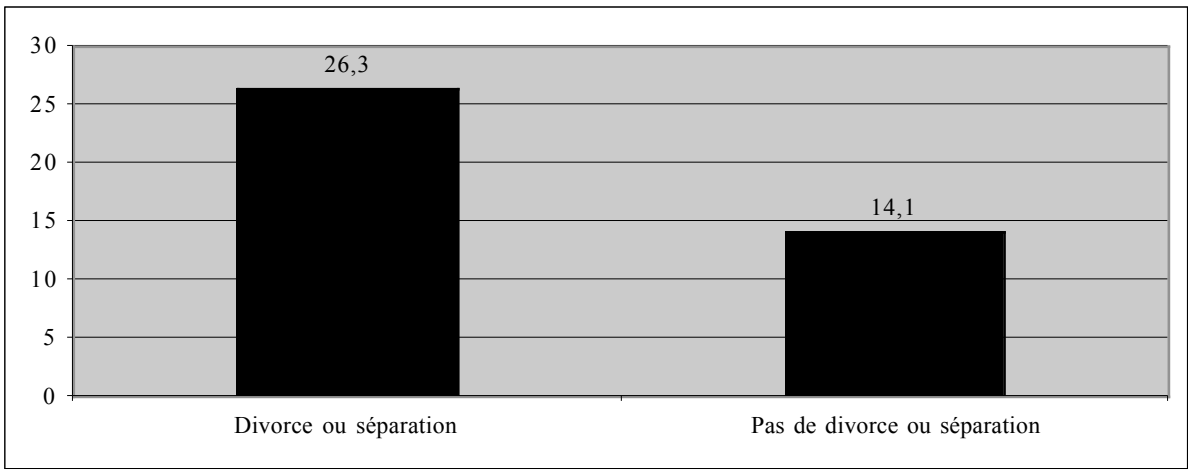


Les symptômes dominants (en % des enfants de parents divorcés/séparés ou non) sont les suivants :

. parents divorcés ou séparés : troubles du comportement (17,5 %), troubles de l'attention (10,5 %), agitation (8,8 %) ;

. parents non divorcés ou séparés : immaturité (14,1 %), timidité (6,3 %).

Selon l'existence ou non d'un divorce ou d'une séparation, la proportion (en %) d'enfants soutenus par d'autres traitements ou suivis (variable 35) est la suivante :

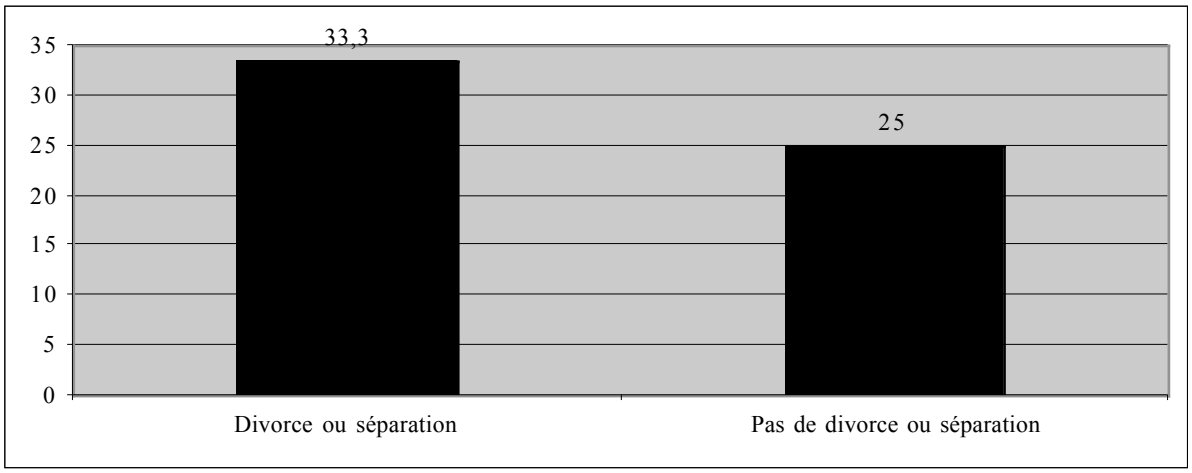


Les suivis dominants (en % des enfants de parents divorcés/séparés ou non) sont les suivants :

. parents divorcés ou séparés : psychothérapie (22,8 %) ;

. parents non divorcés ou séparés : psychothérapie (7,8 %).

Selon l'existence ou non d'un divorce ou d'une séparation, la proportion (en %) d'enfants souffrant de traumatismes éducatifs (variable 36) est la suivante :

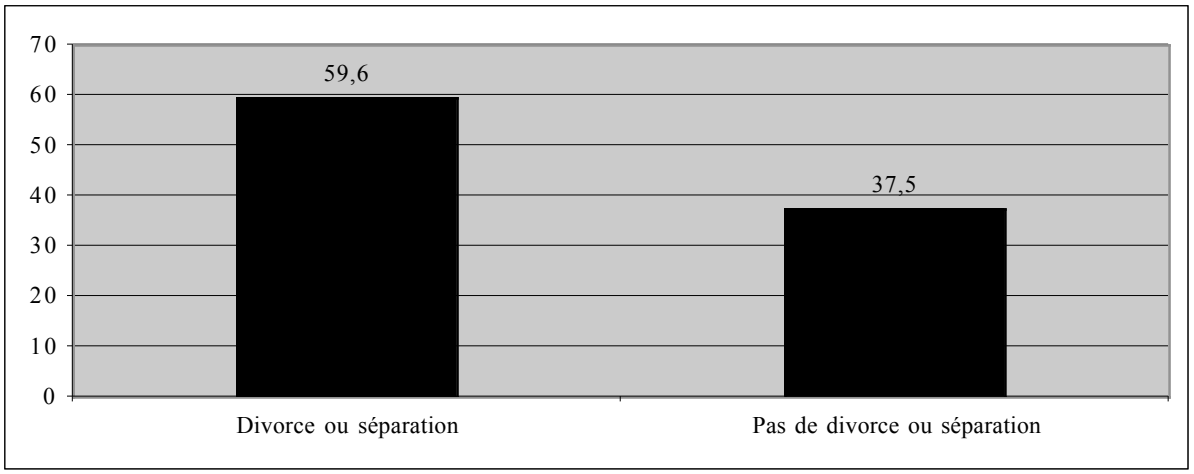


Les traumatismes éducatifs dominants (en % des enfants de parents divorcés/séparés ou non) sont les suivants :

. parents divorcés ou séparés : carence affective (10,5 %), absence de limites (7 %) ;

. parents non divorcés ou séparés : hyperprotection (9,4 %), forçage (7 %).

Selon l'existence ou non d'un divorce ou d'une séparation, la proportion (en %) d'enfants souffrant de traumatismes environnementaux (variable 37) est la suivante :



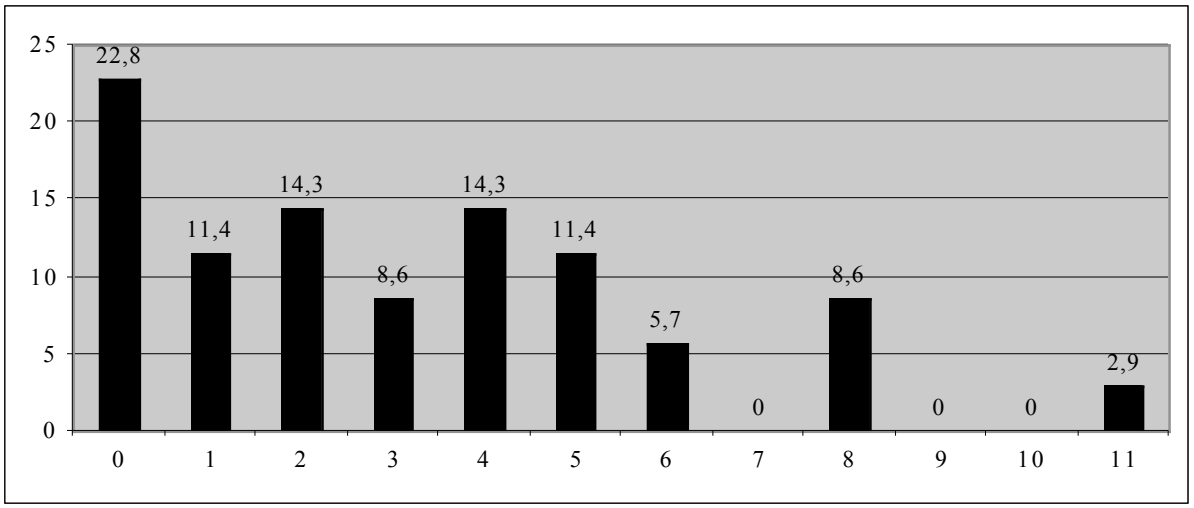
Les traumatismes environnementaux dominants (en % des enfants de parents divorcés/séparés ou non) sont les suivants :

. parents divorcés ou séparés : violence (17,5 %), maladie (15,8 %), alcoolisme (12,3 %), dépression (12,3 %), décès (10,5 %) ;

. parents non divorcés ou séparés : maladie (11,7 %), dépression (7 %), immigration (7 %).

16. Âge de l'enfant au divorce ou à la séparation

En cas de divorce ou de séparation, la répartition (en %) des enfants selon leur âge lors de l'événement est la suivante :



L'âge moyen de l'enfant lors du divorce ou de la séparation est de 3,2 ans, avec un écart-type de 2,8.

17. Père absent ou inconnu

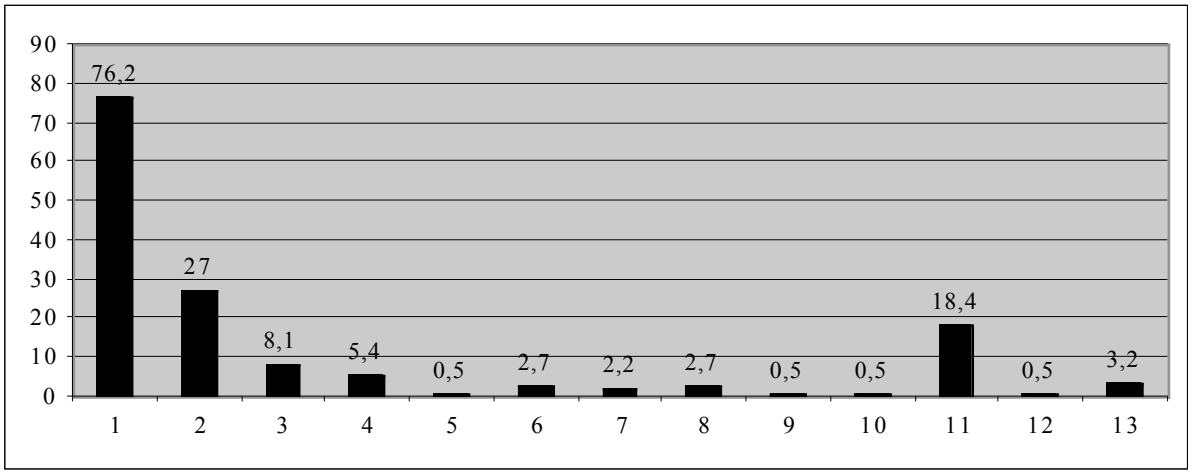
9,7 % des enfants ont un père inconnu ou totalement absent.

18. Demi-frères et demi-sœurs

13 % des enfants ont des demi-frères et/ou des demi-sœurs.

19. Accompagnateur de l'enfant chez l'orthophoniste

Les enfants (en %) sont accompagnés chez l'orthophoniste par les personnes suivantes :

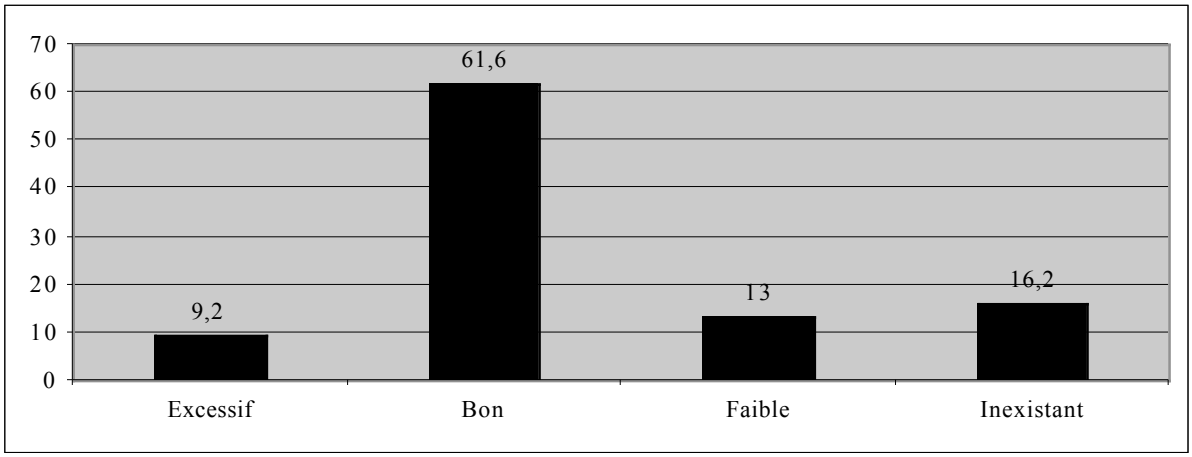


1. Mère ; 2. Père ; 3. Sœur ; 4. Frère ; 5. Belle-mère ; 6. Beau-père ; 7. Grand-mère ; 8. Grand-père ; 9. Oncle ; 10. Autre ; 11. Seul ; 12. Ambulancier ; 13. Orthophoniste.

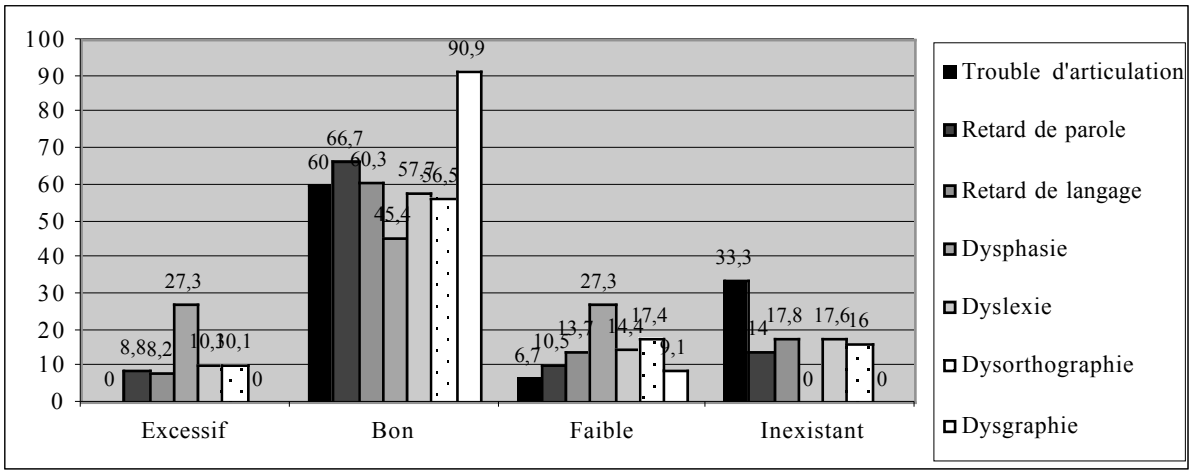
Le total est supérieur à 100 %, car les enfants peuvent être accompagnés par des personnes différentes selon les jours.

20. Soutien familial

La répartition (en %) des enfants selon la qualité du soutien de la famille vis-à-vis de la rééducation orthophonique est la suivante :



Pour chacun des troubles de langage, la répartition (en %) des enfants selon le soutien de la famille vis-à-vis de la rééducation est la suivante :

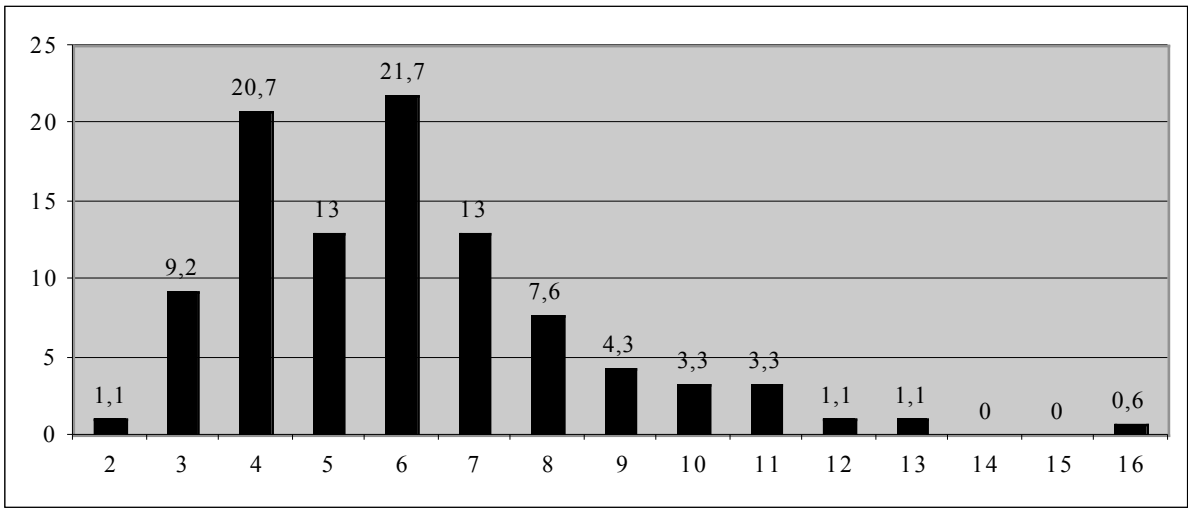


21. Âge d'entrée à l'école

L'âge moyen d'entrée à l'école est de 3 ans, avec un écart-type de 0,4.

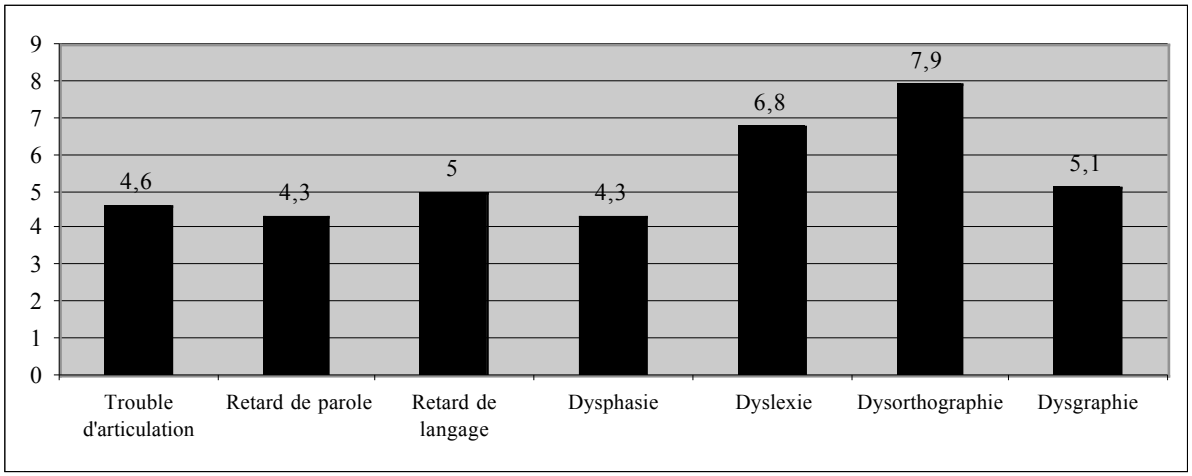
22. Âge au diagnostic

La répartition (en %) des enfants selon leur âge lors du diagnostic de trouble de langage (premier bilan) est la suivante :



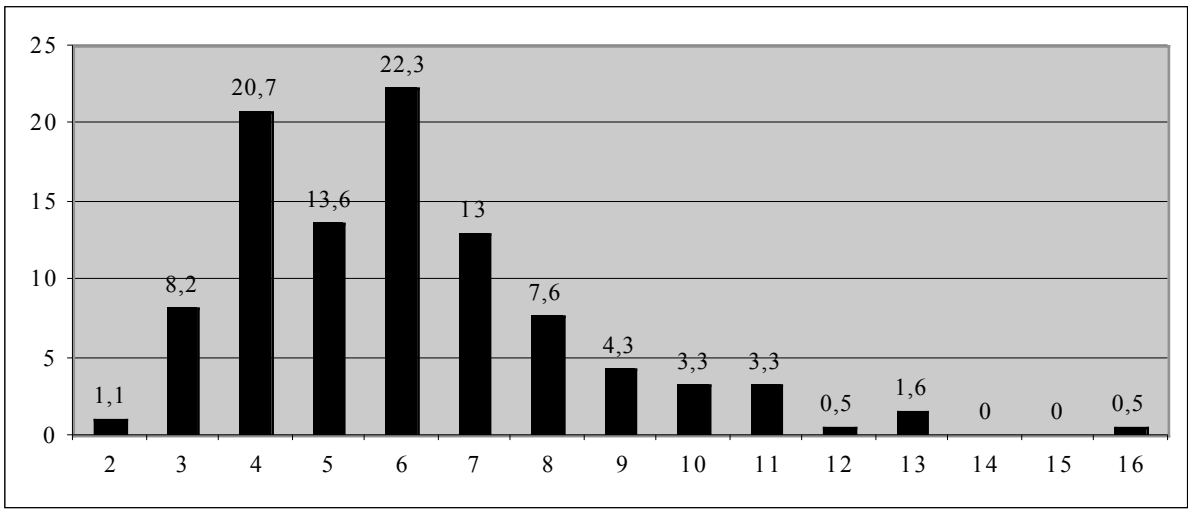
L'âge moyen est de 6 ans, avec un écart-type de 2,4.

Pour chacun des troubles de langage, l'âge moyen lors du diagnostic (premier bilan) est le suivant :



23. Âge au début de la prise en charge

La répartition (en %) des enfants selon leur âge au début de la prise en charge orthophonique est la suivante :

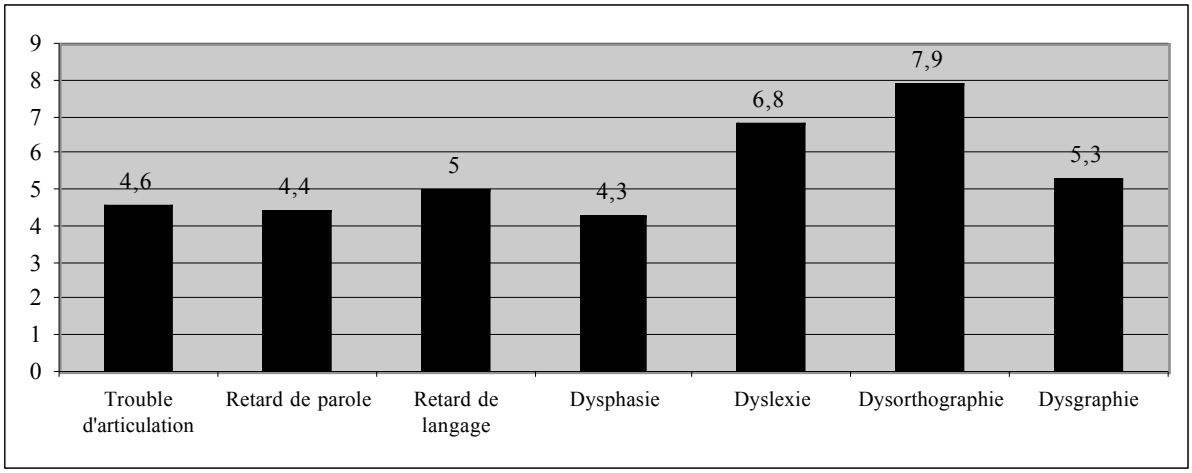


L'âge moyen est de 6,1 ans, avec un écart-type de 2,4.

Le délai d'attente moyen entre bilan et rééducation est de 0,4 mois.

La durée moyenne de la rééducation est de 21,2 mois.

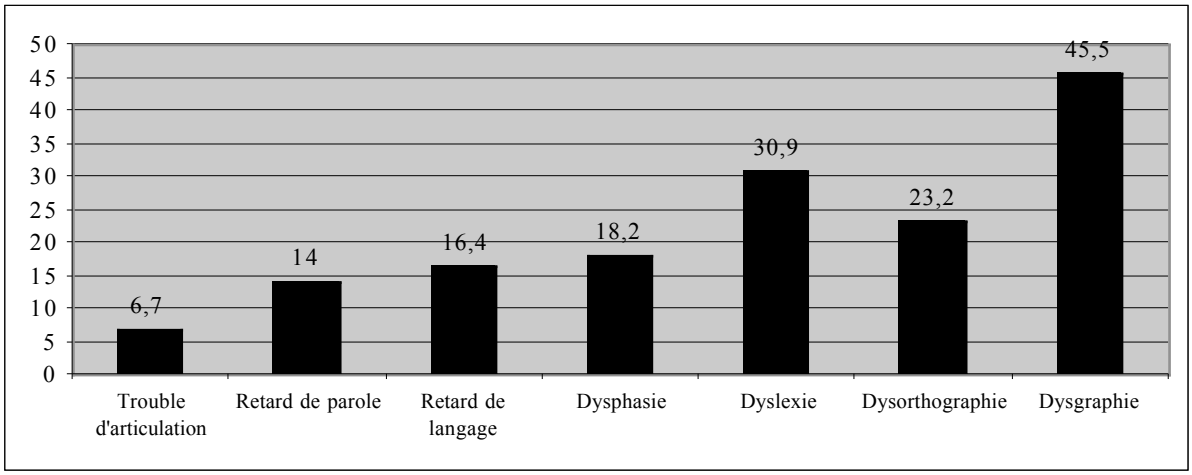
Pour chacun des troubles de langage, l'âge moyen au début de la prise en charge orthophonique est le suivant :



24. Port de lunettes

22,7 % des enfants portent des lunettes.

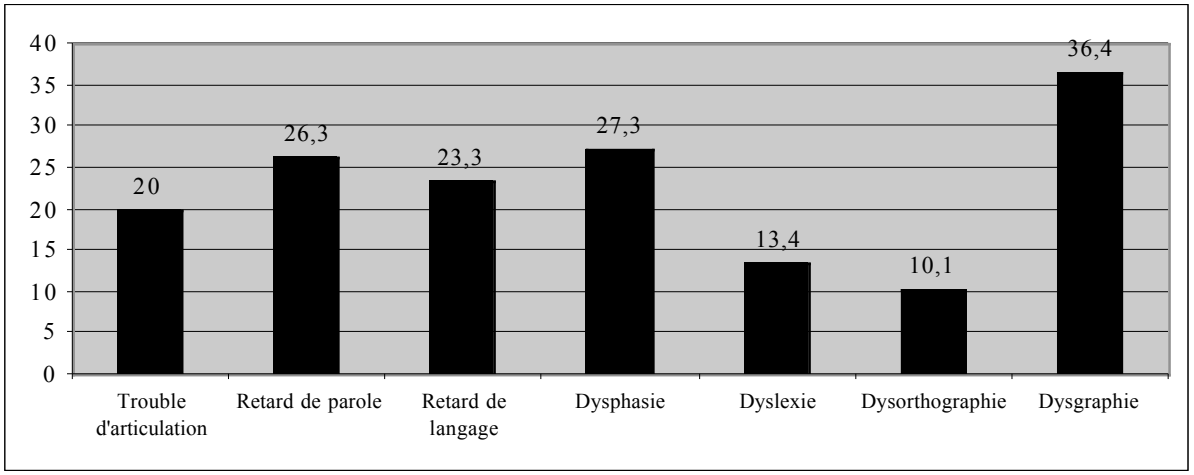
Pour chacun des troubles de langage, la proportion (en %) d'enfants portant des lunettes est la suivante :



25. Antécédents d'otites séro-muqueuses

16,8 % des enfants ont présenté ou présentent des otites séro-muqueuses.

Pour chacun des troubles de langage, la proportion (en %) d'enfants présentant des antécédents d'otites séro-muqueuses est la suivante :

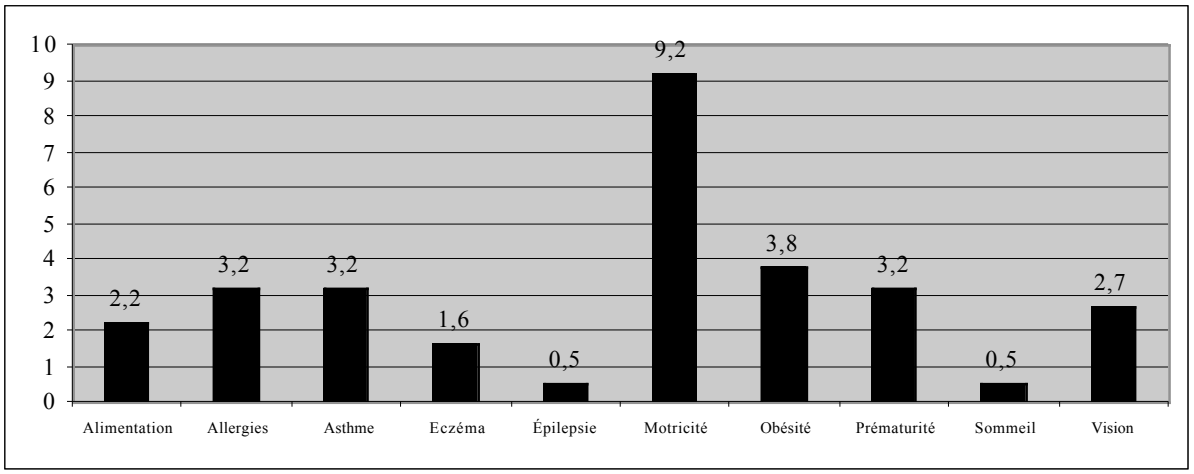


26. QI

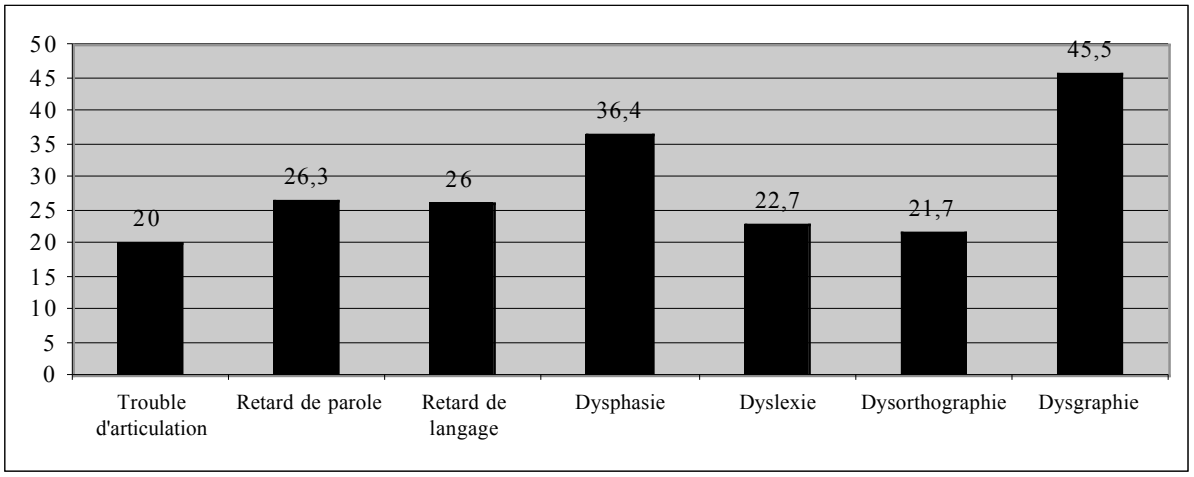
Cette variable n'a pas été traitée en tant que telle, car le nombre de réponses est trop faible : 7 % des enfants ont un QI connu de leur orthophoniste.

27. Troubles de santé

25,9 % des enfants présentent un ou plusieurs des troubles de santé chroniques suivants :



Pour chacun des troubles de langage, la proportion (en %) d'enfants présentant des troubles de santé chroniques est la suivante :



Pour chacun des troubles de langage, les troubles de santé chroniques dominants (en % d'enfants porteurs du trouble de langage considéré) sont les suivants :

. troubles d'articulation : motricité (13,3 %) ;

. retard de parole : motricité (14 %), alimentation (5,3 %) ;

. retard de langage : motricité (12,3 %), asthme (5,5 %) ;

. dysphasie : motricité (18,2 %) ;

. dyslexie : motricité (7,2 %), allergies (5,2 %) ;

. dysorthographie : allergies (5,8 %), obésité (5,8 %) ;

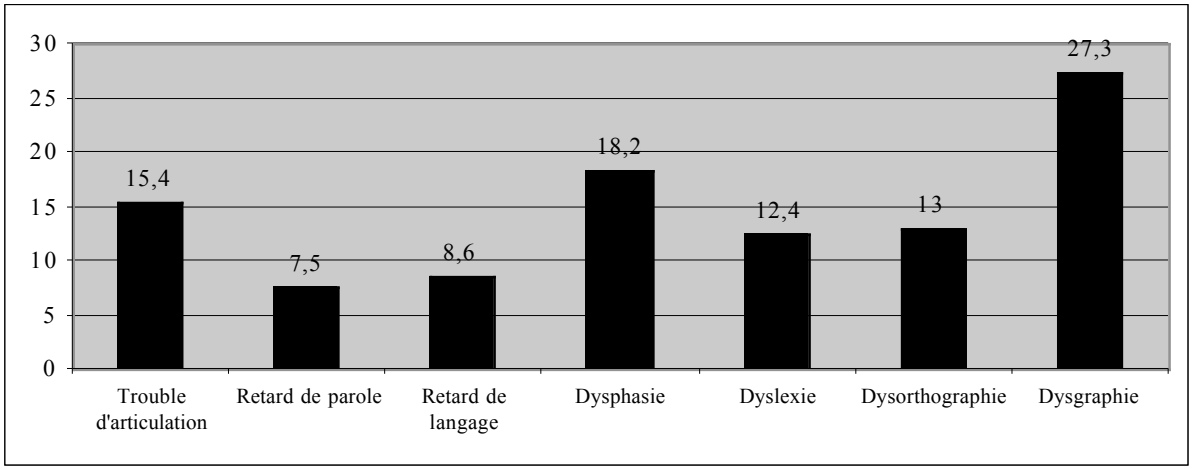
. dysgraphie : motricité (36,4 %).

28. Main dominante

12,2 % des enfants sont gauchers ;

87,8 % des enfants sont droitiers.

Pour chacun des troubles de langage, la proportion (en %) d'enfants gauchers est la suivante :

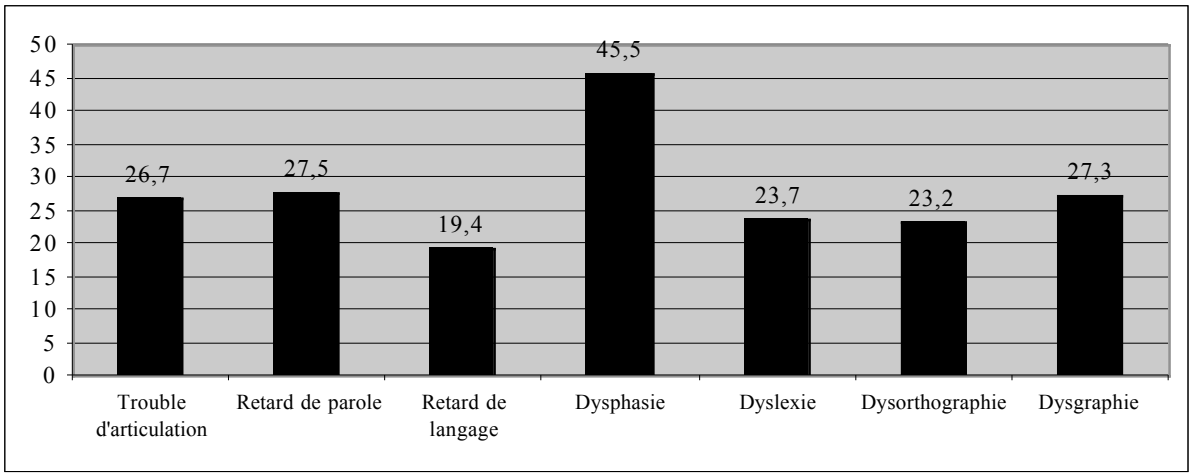


29. Type d'école

23,4 % des enfants fréquentent une école privée ;

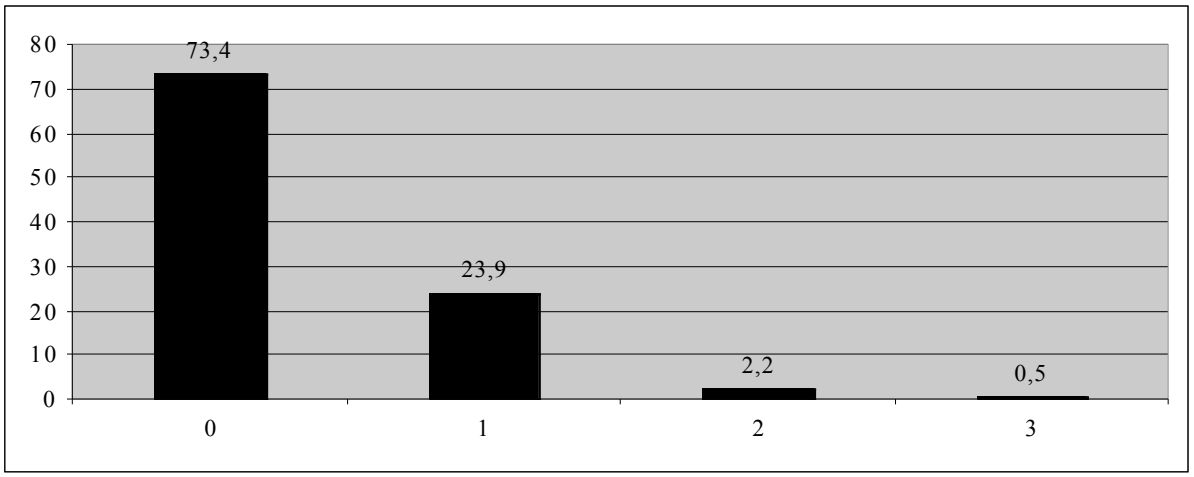
76,6 % des enfants fréquentent une école publique.

Pour chacun des troubles de langage, la proportion (en %) d'enfants fréquentant une école privée est la suivante :

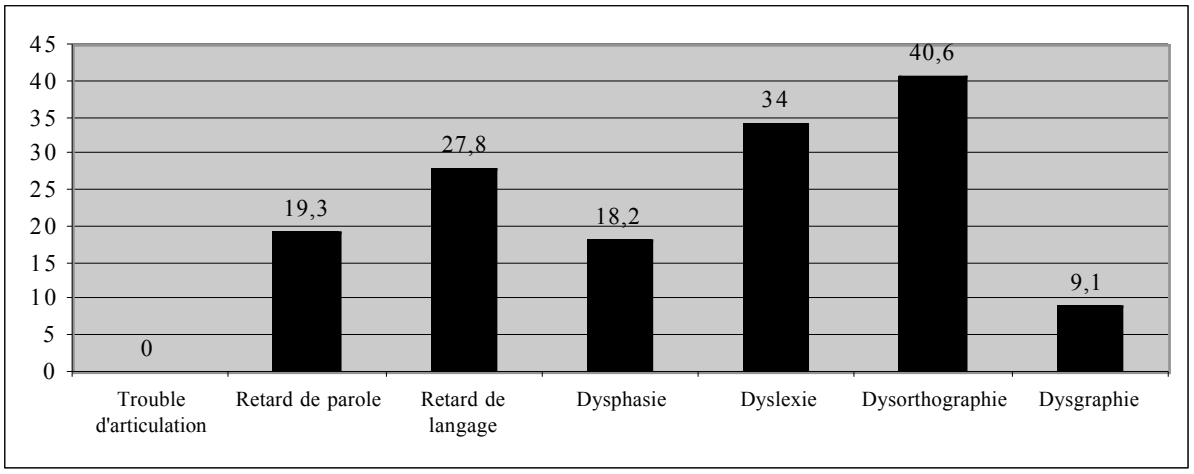


30. Redoublements

La répartition (en %) des enfants selon le nombre de classes redoublées est la suivante :

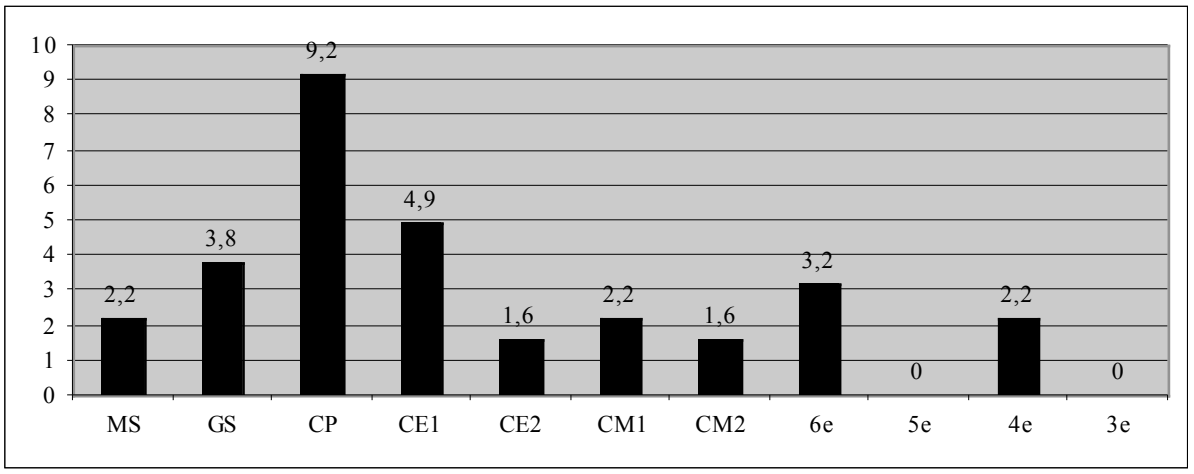


Pour chacun des troubles de langage, la proportion (en %) d'enfants ayant redoublé au moins une classe est la suivante :



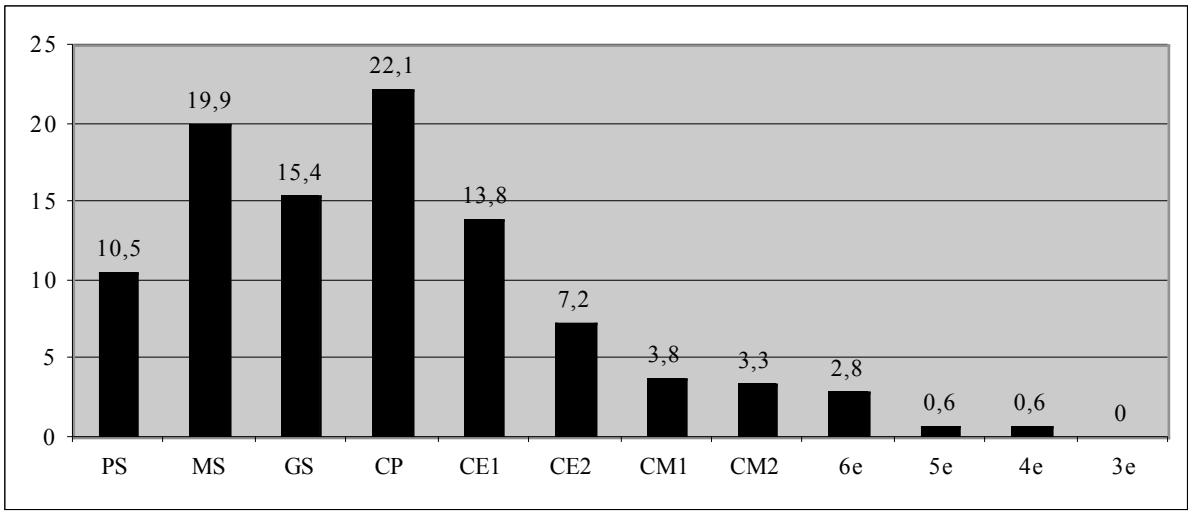
31. Classes redoublées

Les classes redoublées (en %) sont les suivantes :



32. Niveau scolaire au diagnostic

La répartition (en %) des enfants selon leur niveau scolaire lors du diagnostic de trouble de langage (premier bilan) est la suivante :



Pour chacun des troubles de langage, le niveau scolaire dominant au diagnostic (en % d'enfants porteurs du trouble de langage considéré) est le suivant :

. troubles d'articulation : moyenne section (28,6 %), grande section (28,6 %) ;

. retard de parole : moyenne section (46,4 %) ;

. retard de langage : moyenne section (34,7 %) ;

. dysphasie : grande section (40 %) ;

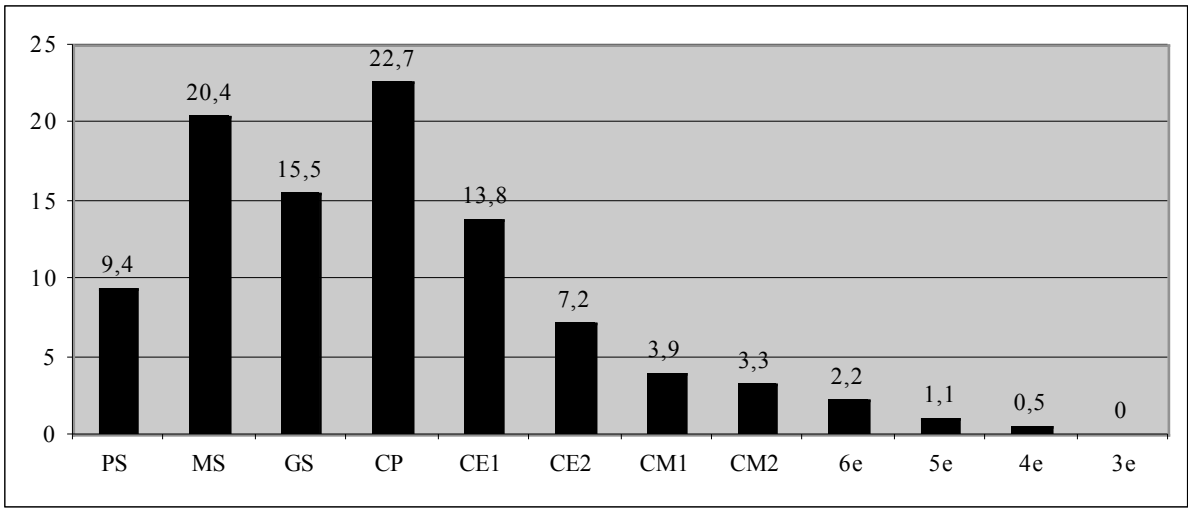
. dyslexie : CP (38,5 %) ;

. dysorthographie : CE1 (23,5 %) ;

. dysgraphie : moyenne section (54,5 %).

33. Niveau scolaire au début de la prise en charge

La répartition (en %) des enfants selon leur niveau scolaire au début de la prise en charge est la suivante :



Pour chacun des troubles de langage, le niveau scolaire dominant au début de la prise en charge (en % d'enfants porteurs du trouble de langage considéré) est le suivant :

. troubles d'articulation : moyenne section (28,6 %), grande section (28,6 %) ;

. retard de parole : moyenne section (48,2 %) ;

. retard de langage : moyenne section (36,1 %) ;

. dysphasie : grande section (40 %) ;

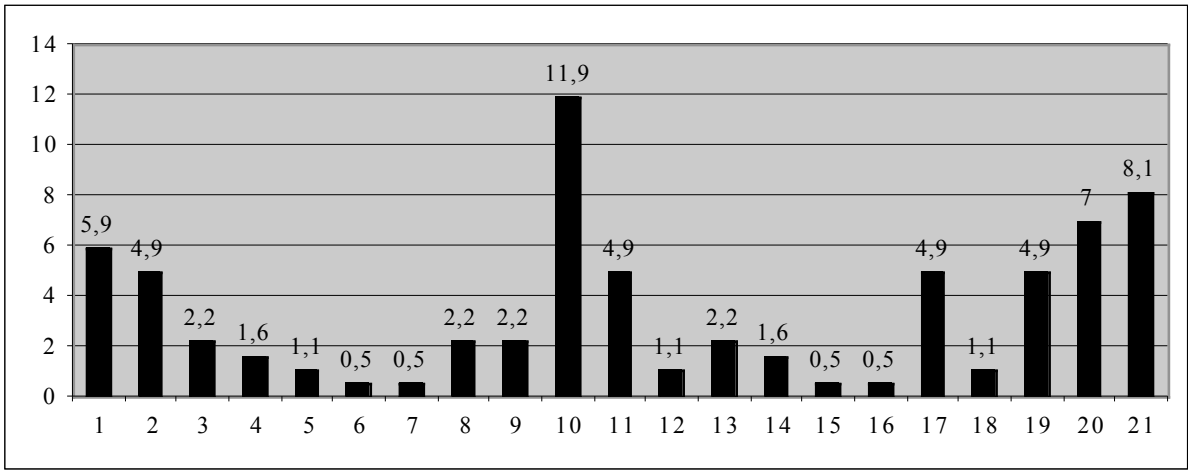
. dyslexie : CP (38,5 %) ;

. dysorthographie : CE1 (23,5 %) ;

. dysgraphie : moyenne section (45,4 %).

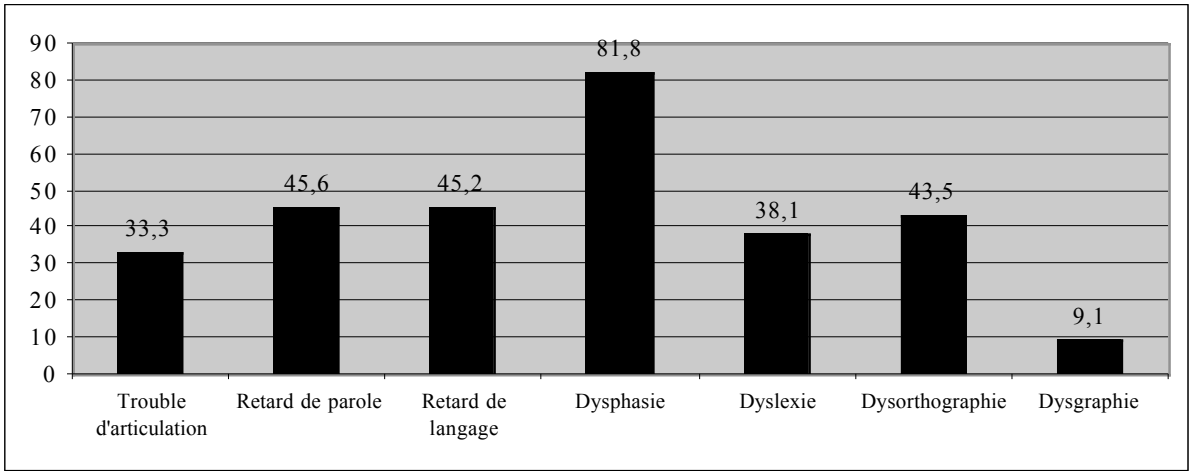
34. Autres symptômes

40,5 % des enfants présentent un ou plusieurs des autres symptômes suivants :



1. Agitation ; 2. Agressivité ; 3. Angoisse ; 4. Bégaiement ; 5. Cauchemars ; 6. Colères ; 7. Dépression ; 8. Difficulté identitaire ; 9. Énurésie ; 10. Immaturité ; 11. Inhibition ; 12. Instabilité ; 13. Jalousie ; 14. Mutisme ; 15. Phobies ; 16. Psychose ; 17. Refus scolaire ; 18. Stéréotypies ; 19. Timidité ; 20. Troubles de l'attention ; 21. Troubles du comportement.

Pour chacun des troubles de langage, la proportion (en %) d'enfants présentant d'autres symptômes est la suivante :



Pour chacun des troubles de langage, les symptômes dominants (en % d'enfants porteurs du trouble de langage considéré) sont les suivants :

. troubles d'articulation : la répartition est trop dispersée pour identifier un symptôme dominant ;

. retard de parole : immaturité (19,3 %), timidité (10,5 %), énurésie (7 %) ;

. retard de langage : immaturité (19,2 %) ;

. dysphasie : agitation (27,3 %), angoisse (27,3 %), immaturité (27,3 %), agressivité (18,2 %) ;

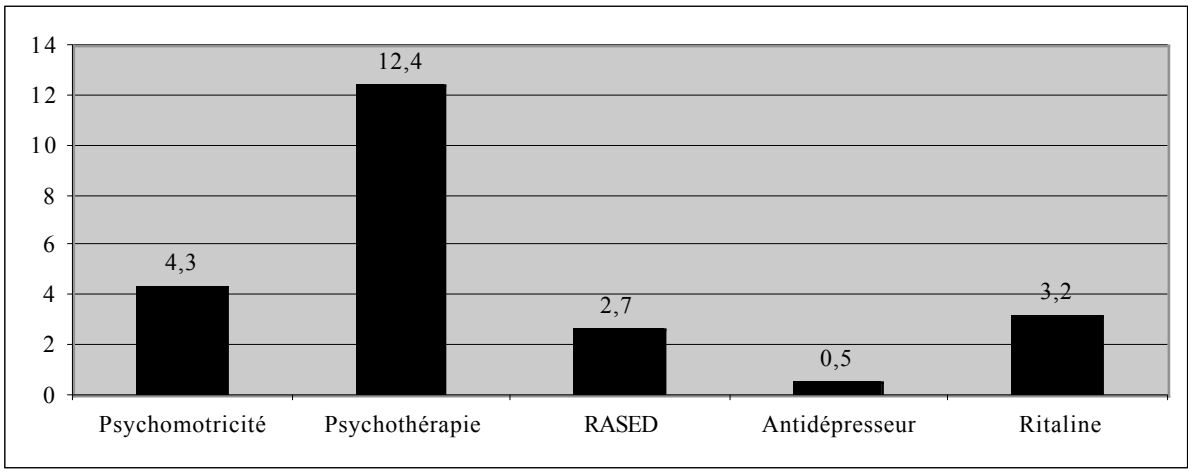
. dyslexie : immaturité (10,3 %), troubles de l'attention (10,3 %), inhibition (8,2 %), troubles du comportement (8,2 %) ;

. dysorthographie : troubles du comportement (15,9 %), troubles de l'attention (14,5 %), agitation (8,7 %), refus scolaire (8,7 %) ;

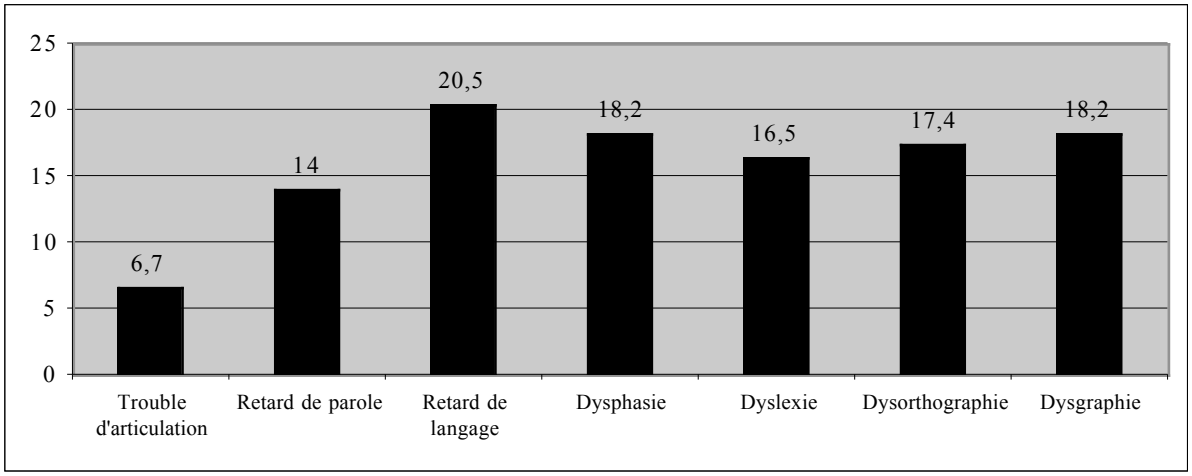
. dysgraphie : la répartition est trop dispersée pour identifier un symptôme dominant.

35. Autres suivis et traitements

17,8 % des enfants sont soutenus par un ou plusieurs des suivis et traitements suivants :

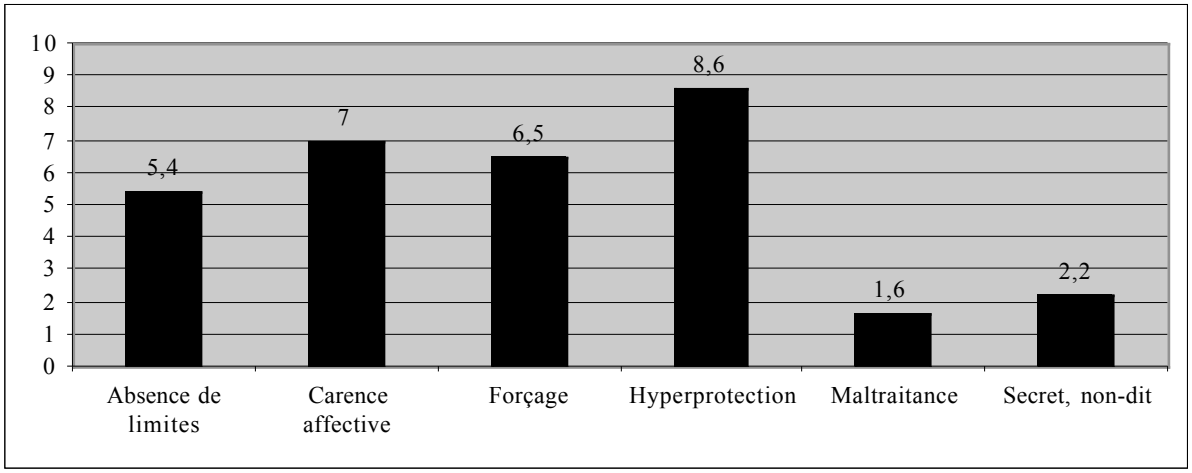


Pour chacun des troubles de langage, la proportion (en %) d'enfants suivis est la suivante :

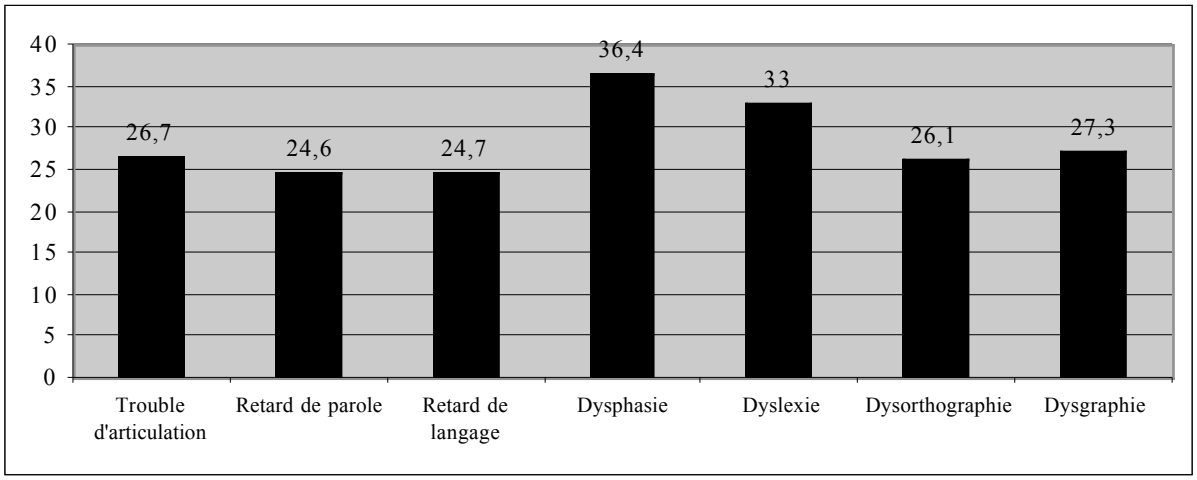


36. Traumatismes éducatifs

27,6 % des enfants ont subi ou subissent un ou plusieurs des traumatismes éducatifs suivants :



Pour chacun des troubles de langage, la proportion (en %) d'enfants souffrant de traumatismes éducatifs est la suivante :



Pour chacun des troubles de langage, les traumatismes éducatifs dominants (en % d'enfants porteurs du trouble de langage considéré) sont les suivants :

. troubles d'articulation : carence affective (13,3 %) ;

. retard de parole : carence affective (7 %), forçage (7 %), hyperprotection (7 %) ;

. retard de langage : hyperprotection (9,6 %), forçage (8,2 %) ;

. dysphasie : hyperprotection (36,4 %) ;

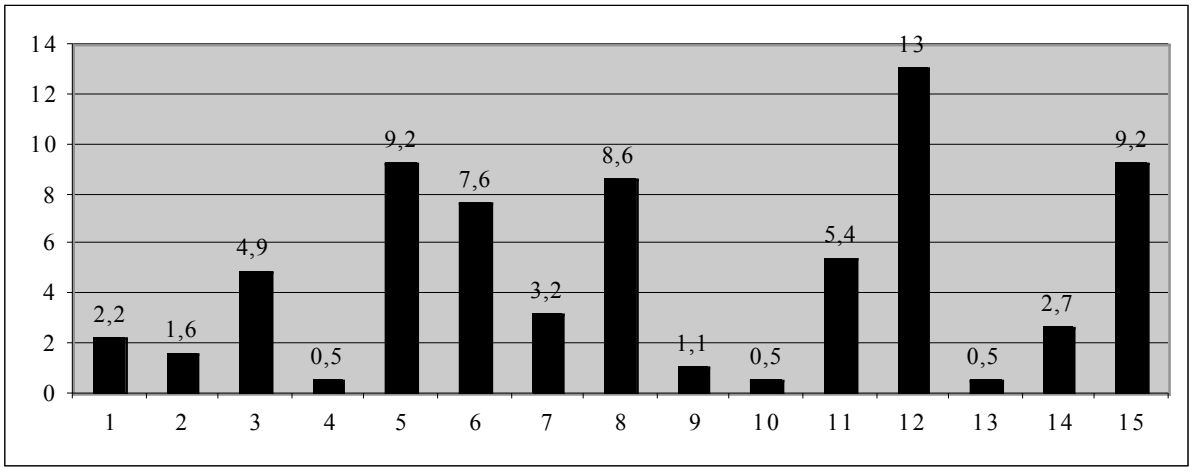
. dyslexie : hyperprotection (10,3 %), forçage (8,2 %), carence affective (7,2 %) ;

. dysorthographie : absence de limites (7,2 %), carence affective (7,2 %), forçage (7,2 %) ;

. dysgraphie : la répartition est trop dispersée pour identifier un traumatisme éducatif dominant.

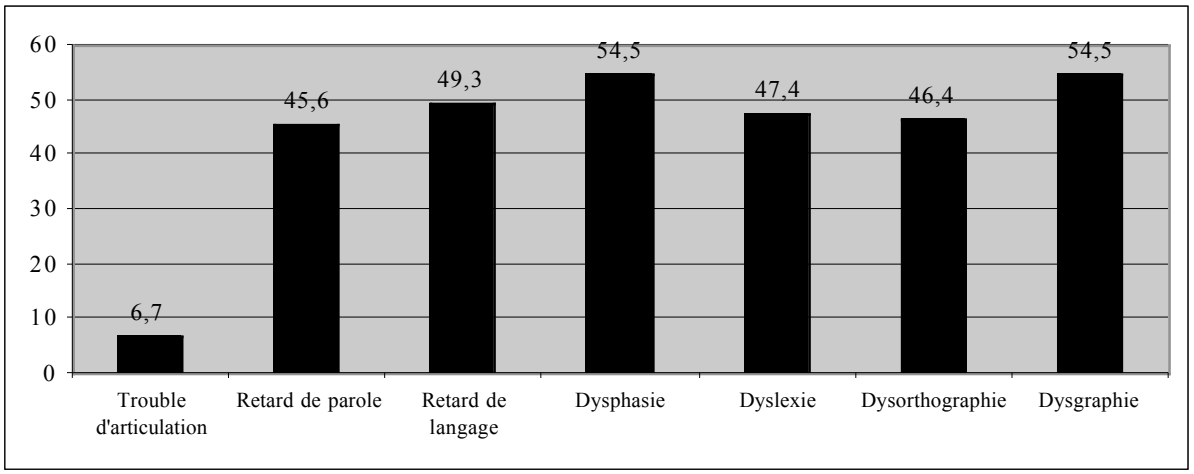
37. Traumatismes environnementaux

44,3 % des enfants ont subi ou subissent un ou plusieurs des traumatismes environnementaux suivants :



1. Accident ; 2. Adoption ; 3. Alcoolisme ; 4. Attentat ; 5. Chômage ; 6. Décès ; 7. Déménagement ; 8. Dépression ; 9. Gémellité ; 10. Génocide ; 11. Immigration ; 12. Maladie ; 13. Placement ; 14. Prison ; 15. Violence.

Pour chacun des troubles de langage, la proportion (en %) d'enfants souffrant de traumatismes environnementaux est la suivante :



Pour chacun des troubles de langage, les traumatismes environnementaux dominants (en % d'enfants porteurs du trouble de langage considéré) sont les suivants :

. troubles d'articulation : la répartition est trop dispersée pour identifier un traumatisme environnemental dominant ;

. retard de parole : violence (14 %), dépression (12,3 %), alcoolisme (8,8 %), décès (8,8 %), maladie (8,8 %) ;

. retard de langage : violence (13,7 %), dépression (11 %), maladie (11 %), immigration (9,6 %), décès (8,2 %) ;

. dysphasie : maladie (36,4 %) ;

. dyslexie : décès (16,5 %), maladie (10,3 %) ;

. dysorthographie : maladie (17,4 %), décès (11,6 %) ;

. dysgraphie : dépression (18,2 %), violence (18,2 %).

Bibliographie

• Julian DE AJURIAGUERRA *et al.*, « Le groupe des audimutités », in *Psychiatrie de l'enfant*, no 1, pp. 7-61, 1958.

• AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES), *Indications de l'orthophonie dans les troubles du langage écrit chez l'enfant*, septembre 1997.

L'Orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans, mai 2001.

• René BALLATORE, « Apprendre, c'est une relation entre soi et les autres », in *Bulletin pédagogique de l'Institut varois de l'école moderne*, octobre 1999.

• Maëlle BEGUIN, *Orthophonie et psychothérapie. Questions et limites de la pratique libérale*, mémoire d'orthophonie, Nantes, 2002.

• Alain BENTOLILA, « Préface », in Jean-Philippe Rivière, *Illettrisme, la France cachée*, Gallimard, coll. « Folio actuel », 2001.

Propos recueillis par Dominique Simonnet, « Il existe en France une inégalité linguistique », in *L'Express*, 17 octobre 2002.

• Maurice BERGER, *Les Troubles du développement cognitif. Approche thérapeutique chez l'enfant et l'adolescent*, Dunod, coll. « Enfances », 2004.

« Mémoire et interactions précoces », in *Plis et replis de la mémoire*, site FRIPSI (perso.wanadoo.fr/fripsi/accueilcolloques.htm).

• A. BERNARD-CLAVEAU, *Relation entre le niveau socio-économique et le niveau d'aspirations scolaires des parents pour leur enfant d'âge scolaire*, thèse de psychologie, université du Québec, Trois-Rivières, 1979.

• Michel BERNARDI, « Dysphasie, organisation narcissique et soi verbal », in *Psychiatrie de l'enfant*, vol. 42, no 1, pp. 173-210, 1999.

• Annie BIRRAUX, *Psychopathologie de l'enfant*, In Press, 2001.

• D.V.M. BISHOP, « Development of the Children's Communication Checklist (CCC) : a method for assessing qualitative aspects of communicative impairment in children », in *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, no 39, pp. 879-891, 1998.

• Serge BOIMARE, *L'Enfant et la Peur d'apprendre*, Dunod, 2004.

« Lire les mythes pour guérir la peur d'apprendre », in *Cahiers pédagogiques*, nos 429-430, janvier 2005.

• Évelyne BOUTEYRE, *Réussite et résilience scolaires chez l'enfant de migrants*, Dunod, 2004.

• Daniel CALIN, *Une logique de l'exclusion. Réflexions sur les dysfonctionnements fondamentaux de notre système éducatif*, site Daniel Calin (daniel.calin.free.fr/textes/exclusion.html), décembre 2004.

• Nicole CATHELINE, *Psychopathologie de la scolarité*, Masson, 2003.

• CENTRE NATIONAL DE DOCUMENTATION PEDAGOGIQUE (CNDP), *Lire au CP. Repérer les difficultés pour mieux agir*, ministère de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche, Direction de l'enseignement scolaire, février 2003.

Dépistage et suivi d'enfants à risques de difficultés scolaires à l'école maternelle, site Bien lire (www.bienlire.education.fr/04-media/a-depistage.asp).

• Bernard CHARLOT *et al.*, *École et savoir dans les banlieues… et ailleurs*, Armand Colin, 1992.

• Colette CHILAND, « Le refus de l'école, un aspect transculturel », in *L'Échec scolaire en France*, PUF, pp. 239-251, 1990.

« De la complexité des difficultés de la lecture », in *Handicap et inadaptation*, no 41, pp. 145-147, 1988.

• Amilcar CIOLA, « Préface », in Francine Rosenbaum, *Approche transculturelle des troubles de la communication. Langage et migration*, Masson, 1997.

• *Classification internationale des maladies*, Masson, 1993.

• S.R. COGILL *et al.*, « Impact of maternal post-natal depression on cognitive development in young children », in *Boston Medical Journal*, no 292, pp. 1165-1167, 1986.

• Ariel CONTE (président de Coridys), « Des parents d'enfants dyslexiques », in *Réadaptation*, no 486, pp. 43-46, janvier 2002.

• Fiona COWIE, « Les avatars du gène de la grammaire », in *La Recherche*, no 311, p. 64, juillet-août 1998.

• Thérèse CUCHE, Michèle Sommer, « Lire avec Léo et Léa, une méthode structurante », in *Orthomagazine*, no 38, janvier-février 2002, pp. 6-9.

Une autre approche des retards de langage et des difficultés en lecture, site Fédération des orthophonistes de France (perso.wanadoo.fr/f.o.f/page0.html#sommer).

• Boris CYRULNIK, *La Naissance du sens*, Hachette, coll. « Littératures », 1995.

• Jacques DAYAN, *Psychopathologie de la périnatalité*, Masson, coll. « Les âges de la vie », 1999.

• René DIATKINE, propos recueillis par Nicole Zucca, « Pas de solfège sans musique », in *Les Cahiers d'ACCES*, no 4, juillet 1999.

• Françoise DOLTO, *Naître et grandir*, 1985.

• François DUBET, « Que faire des "lacunes" ? », in *La Montée de l'illettrisme et quelques pistes*, site Éducalire (www.educalire.net/LectMethodes.htm), novembre 2000.

• Geneviève DUBOIS, *L'Enfant et son thérapeute du langage*, Masson, 1983.

Langage et communication, Masson, 1990.

• Michel DUEE, *L'Impact du chômage des parents sur le devenir scolaire des enfants*, INSEE, juillet 2004.

• J.G. DUNCAN *et al.*, « Economic deprivation and early childhood development », in *Child Development*, no 65, pp. 296-318, 1994.

• Jacques DUPRESSY, *Plaidoyer pour une pluralité des références en orthophonie*, site Fédération des orthophonistes de France (perso.wanadoo.fr/f.o.f/page0.html#dupressy).

• FEDERATION DES ORTHOPHONISTES DE FRANCE, *Manifeste pour une orthophonie de soins*, mai 2002.

• Pierre FERRAND, *Protocole d'évaluation rapide* (*PER 2000*), Ortho Édition.

• Jacques FIJALKOW, *Mauvais lecteurs, pourquoi ?*, PUF, 1986.

« Vers une France dyslexique », in *Les Actes de lecture*, no 69, pp. 35-38, mars 2000.

« Dyslexie : le retour », in *Psychologie et éducation*, no 47, décembre 2001.

• Bénédicte FIQUET, « Vaincre l'illettrisme », in *Alternative santé*, janvier 2001.

• Claire DE FIRMAS, *Un bilan de langage : critères d'évaluation et fondements théoriques*, site Fédération des orthophonistes de France (perso.wanadoo.fr/f.o.f/page0.html#firmas).

• Agnès FLORIN, *Le Développement du langage*, Dunod, coll. « Les topos », 1999.

• Michel FOUCAULT, *Dits et écrits*, t. III, IV, Gallimard, 1994.

• Helen K. GEDIMAN, « Imposture, inauthenticity, and feeling fraudulent », in *Journal of American Psychoanalytic Association*, vol. 4, no 33, pp. 911-935.

• Christophe-Loïc GERARD, *L'Enfant dysphasique*, De Boeck, coll. « Université », 1989.

• Myrna GOPNIK, *The Inheritance and Innateness of Grammars,* Oxford University Press, 1997.

• Dominique GOUX, Éric Morin, « La persistance du lien entre pauvreté et échec scolaire », in *France, portrait social*, INSEE, 2000.

« Surpeuplement du logement et retard scolaire », in *Données sociales*, INSEE, 2002.

• Elena L. GRIGORENKO, « Genetic bases of developmental dyslexia : a capsule review of heritability estimates », in *Enfance*, no 3, pp. 273-288, 2004.

• Nelly GUIGUE, *Analyse d'une enquête épidémiologique sur les troubles du langage et de la parole réalisée auprès des enfants âgés de 6 à 16 ans scolarisés dans le Gard*, université Montpellier-II, septembre 1996.

• Michel HABIB, *Dyslexie : le cerveau singulier*, Solal, coll. « Neuropsychologie », 1997.

« Bases neurologiques des troubles spécifiques d'apprentissage », in *Réadaptation*, no 486, pp. 16-28, janvier 2002.

• Matina S. HORNER, thèse de doctorat, université du Michigan, 1968.

• André INIZAN, *Commentaire, pas à pas, du rapport Ringard*, site André Inizan (perso.wanadoo.fr/andre.inizan/critique%20rapp%20ringard.htm).

• INSTITUT D'ORTHOPHONIE DE LILLE, *Livret d'information sur la dyslexie*, Fédération nationale des orthophonistes (FNO).

• Serban IONESCU, *Quatorze approches de la psychopathologie*, Nathan, coll. « Université », 2000.

• Abdelhamid KHOMSI, *À propos de la galaxie « dys » : essai de définition opérationnelle des dysfonctionnements développementaux*, site Coridys (www.coridys.asso.fr/pages/base_doc/txt_khomsi/txt.html), avril 1998.

• A.F. KORNER *et al.*, « Prediction of the low birth weight preterm infants by a new neonatal medical index », in *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, no 14, pp. 106-111, 1993.

• Sonia KRIFI, *État de la recherche sur la dyslexie*, site Apédys (www.apedys.org/dyslexie/article.php?sid=32), décembre 2004.

• Jacques LACAN, *Séminaire 1*, Seuil, 1954.

• Anne LAINE, « Le jeune enfant, ses parents et l'orthophoniste », in *Cet enfant a des parents !*, Institut pédagogique d'enseignement rééducatif spécialisé (IPERS), octobre 2003.

• Marc LE BRIS, *Et vos enfants ne sauront pas lire ni compter*, Stock, 2004.

• François LE HUCHE, « L'enfant est l'acteur principal de ses déviances », in *Orthomagazine*, no 38, janvier-février 2002, pp. 32-33.

Neuropsychologie et dyslexie, site Fédération des orthophonistes de France (perso.wanadoo.fr/f.o.f/page0.html#huche).

• *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Masson, 1996.

• D. MARCELLI, *La Jouissance de l'ignorance, la perversité de savoir : où va la relation pédagogique ?*, 1998.

• Jean-Paul MARTINEZ, Jean-Marie Honorez, « Dyslexie, vous avez dit encore dyslexie ? », in *La Feuille orthopédagogique*, Montréal, vol. 2, no 3, mai-juin 2001.

• Dorothea MCCARTHY, *Échelles d'aptitudes pour enfants*, Centre de psychologie appliquée, 1976.

• Claire MELJAC, Marie Kugler, Évelyne Lenoble, « Dyslexies », in *Psychologie et éducation*, no 47, décembre 2001.

• S. DE MIJOLLA-MELLOR, *Le Plaisir de pensée*, PUF, 1992.

• MINISTERE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, MINISTERE DE LA SANTE, SECRETARIAT D'ÉTAT AUX PERSONNES AGEES ET AUX PERSONNES HANDICAPEES, *Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage*, mars 2001.

« Mise en œuvre d'un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit », in *Bulletin officiel*, no 6, encart, 7 février 2002.

• MINISTERE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT SCOLAIRE, *La Dyslexie à l'école. Actes de l'université d'automne du 28 au 31 octobre 2002 à Allevard-les-Bains (38)*, décembre 2003.

• Roger MISES, *Les Pathologies limites de l'enfance*, PUF, 1990.

« Scolarisation à deux ans : une fausse bonne idée », in *La Lettre de psychiatrie française*, no 140, décembre 2004.

• Marie-Rose MORO, *Introduction à l'étude de la vulnérabilité de l'enfant de migrants*, thèse de médecine, Paris, 1988.

• Tobie NATHAN, *L'Influence qui guérit*, Odile Jacob, 1994.

• OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA LECTURE, *Les Troubles de l'apprentissage de la lecture*, ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, février 2005.

• M. O'CALLAGHAN *et al.*, « Social and biological risk factors for mild and borderline impairment of language comprehension in a cohort of five-year-old children », in *Developmental Medicine and Child Neurology*, no 37, pp. 1051-1061, 1995.

• Colette OUZILOU, *Dyslexie : une vraie fausse épidémie*, Presses de la Renaissance, 2001. Propos recueillis par Sophie Berthier, « L'alibi miracle de l'Éducation nationale : tous dyslexiques », in *Télérama*, no 2707, 28 novembre 2001.

• Thomas PIKETTY, *L'Impact de la taille des classes et de la ségrégation sociale sur la réussite scolaire dans les écoles françaises : une estimation à partir du panel primaire 1997*, École des hautes études en sciences sociales (EHESS), mai 2004.

• Jeanine PIRARD-LE POUPON, « Le symptôme objecteur du sujet dyslexique », in *De la place (re)trouvée à la trace écrite*, Institut pédagogique d'enseignement rééducatif spécialisé (IPERS), octobre 2002.

• Florence PIRON, « Les citoyens, la démocratie et la recherche en génétique », in *Génomique-génoéthique et anthropologie*, Montréal, octobre 2004.

• Monique PLAZA, « Dyslexies », in *Psychologie et éducation*, no 47, décembre 2001. « Dyslexies de développement : perspective clinique, investigations expérimentales », in *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant* (*ANAE*), nos 62-63, 2001.

• Gérard POMMIER, dialogue avec Michel Imbert, propos recueillis par Jean-Jacques Perrier, « Les neurosciences démontrent-elles la psychanalyse ? », in *Vivant*, no 7, décembre 2004.

• Franck RAMUS, « Aux origines cognitives, neurobiologiques et génétiques de la dyslexie », in *Actes des journées de l'Observatoire national de la lecture*, 2005.

« De l'origine biologique de la dyslexie », in *Psychologie et éducation*, no 60, pp. 81-96, 2005.

• Jean-Charles RINGARD, *À propos de l'enfant « dysphasique », l'enfant « dyslexique »*, février 2000.

• Francine ROSENBAUM, *Approche transculturelle des troubles de la communication. Langage et migration*, Masson, 1997.

• R. ROSENTHAL *et al.*, *Pygmalion à l'école : l'attente des maîtres et le développement intellectuel des élèves*, Casterman, 1971.

• Nicole STEINBERG, « Les hypothèses génétiques dans la maladie mentale de l'enfant : destin fatal ? », in *Génomique-génoéthique et anthropologie*, Montréal, octobre 2004.

• Claude THELOT, Claudine Peretti, « Échec scolaire, échec de l'école ? », in *Informations sociales*, no 59.

• J. Bruce TOMBLIN *et al.*, « Prevalence of specific language impairment in kindergarten children », in *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, no 40, pp. 1245-1260, 1997.

• Guy TRIGALOT, « Dyslexie : trouble spécifique du langage écrit ou difficulté persistante des apprentissages ? », site Daniel Calin (daniel.calin.free.fr/publications/dyslexie_trouble_ou_difficulte.html), mai 2004.

• Laurence VALVRE-DOURET, Anne Tursz (dir.), « Les troubles d'apprentissage chez l'enfant : un problème de santé publique ? », in *Actualité et dossier en santé publique*, no 26, pp. 23-66, mars 1999.

• Astrid VAN DER STRATEN, « Premiers gestes, premières paroles », in *Bulletin de l'École lacanienne de psychosomatique*, no 1, 1991.

• Claude VARGAS, « Lutte contre l'échec scolaire socioculturellement déterminé », in *Skhole*, no 9, pp. 17-48, 1999.

• Bertrand WELNIARZ, « Approche psychopathologique des troubles graves du langage oral chez l'enfant », in *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant* (*ANAE*), no 61, juillet 2001.

• Ghislaine WETTSTEIN-BADOUR, « L'échec en lecture ou le massacre des innocents », in *La Lettre d'Enseignement et liberté*, no 65, 3e trimestre 1999.

*Apprentissage de la lecture : le non-sens des pédagogies actuelle*s, site Sauver les lettres (www.sauv.net/wettstein.php), mars 2000.

Le Cerveau, cet inconnu des pédagogues, Fransya, janvier 2004.

• G. WYATT, *La Relation mère-enfant et l'Acquisition du langage*, Dessart, 1969.